

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2008

N°30

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en Médecine Générale

par

Anne-Catherine SAMBRON – DI PRIZIO

née le 27 mars 1975 à Melun

Présentée et soutenue publiquement le 09 octobre 2008

**LA PRESCRIPTION D'HYPNOTIQUES PAR LE MÉDECIN
GÉNÉRALISTE EN DEHORS D'UNE CONSULTATION :
étude rétrospective à partir des données de remboursement des
CPAM de Loire-Atlantique et de Vendée**

Présidente : Madame le Professeur Pascale JOLLIET

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Cédric RAT

TABLE DES MATIÈRES

ABRÉVIATIONS	4
INTRODUCTION.....	5
L'INSOMNIE	6
Épidémiologie	6
Différentes formes cliniques	6
Traitements.....	9
Spécificités du sujet âgé	12
LES HYPNOTIQUES.....	14
Épidémiologie	14
Cadre légal	16
Pharmacologie de la zopiclone et du zolpidem.....	18
IMPACT DU COUPLE INSOMNIE – HYPNOTIQUE	21
PRESCRIPTIONS DES MEDECINS GENERALISTES ET LEURS DETERMINANTS	22
OBJECTIFS	25
METHODOLOGIE	26
Critères d'inclusion et d'exclusion	26
Recueil des données	26
Traitement des données	28
RESULTATS.....	29
Les patients.....	29
Fréquentation annuelle d'un patient chronique	30
Âge des patients et prescriptions hors consultation	33
Sexe des patients et prescriptions hors consultation.....	34
Influence de la CMU, d'une ALD 30 et d'un suivi neuro-psychiatrique	35
Les prescripteurs.....	37
Influence du lieu d'exercice du prescripteur	40
Influence de la charge de travail du prescripteur	40

DISCUSSION	43
DISCUSSION DES RESULTATS	43
Consommateurs chroniques de zopiclone et/ou zolpidem.....	43
Prescriptions hors consultation de zopiclone et/ou zolpidem	43
Patients et déterminants de la prescription	44
Médecins généralistes et déterminants de la prescription.....	45
CRITIQUE DE LA METHODE.....	47
CONCLUSION	48
ANNEXE 1 –Critères diagnostiques de chaque type d'insomnie selon les recommandations de l'HAS	49
ANNEXE 2 –Les recommandations du « contrôle par le stimulus » pour traiter les insomnies	50
ANNEXE 3 – Arrêté du 7 octobre 1991 fixant la liste des substances de la liste I des substances vénéneuses à propriétés hypnotique et/ou anxiolytique dont la durée de prescription est réduite	51
ANNEXE 4 – Échantillons des fichiers Excel	52
ANNEXE 5 –Zonage	54
ANNEXE 6 –Tables MySQL – requêtes informatiques.....	55
ANNEXE 7 –Les patients « bimensuels »	57
BIBLIOGRAPHIE	58

ABRÉVIATIONS

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

ALD 30 : Liste des 30 Affections de Longue Durée

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé

ANDEM : Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale

BZD : Benzodiazépine

CIP : Club Inter Pharmaceutique

CMU : Couverture Maladie Universelle

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DCI : Dénomination Commune Internationale

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

EPHMRA : European Pharmaceutical Market Research Association

ESEMeD : European Study of the Epidemiology of Mental Disorders

GABA : Acide Gamma Amino Butyrique

HAS : Haute Autorité de Santé

IMS : Information Management System

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

SP : Sommeil Paradoxal

INTRODUCTION

Les troubles du sommeil sont un des symptômes les plus fréquemment évoqués dans les consultations médicales. Près d'un tiers de la population française souffre d'insomnie (1) et la France est fréquemment citée comme étant le pays le plus gros consommateur d'hypnotiques du monde industrialisé (2). En septembre 2005, l'assurance maladie indiquait que (3) :

- ▶ Un français sur dix prenait des hypnotiques. Dans 40% des cas cette prise est régulière ce qui est contraire aux recommandations ;
- ▶ Dans 20 à 30% des cas, la chute des personnes âgées serait liée à la prise d'un psychotrope ;
- ▶ En 2004, le nombre de boîtes d'hypnotiques et de sédatifs remboursés par l'assurance maladie a augmenté de 1,7% ;
- ▶ Plus de 110 millions d'euros sont remboursés tous les ans par l'assurance maladie pour la consommation d'hypnotiques et de sédatifs.

Pourtant, en France, les pouvoirs publics ont adopté des mesures visant à réduire leur utilisation. Ainsi, l'arrêté du 7 octobre 1991 limite la prescription des hypnotiques à 4 semaines (2 pour le triazolam) et aucune reconduction de traitement ne doit être systématique selon les recommandations. Malgré cela, chaque année 10% des patients nouvellement traités deviennent des utilisateurs chroniques (3). Il y a donc une forte proportion de consommateurs réguliers (5 à 7 % de la population (4)) qui doivent être revus en consultation tous les mois par leur médecin généraliste prescripteur. Dans notre étude, nous avons voulu voir si ces patients chroniques venaient réellement en consultation tous les mois. Existe-t-il, comme nous le supposons, des renouvellements faits par le médecin généraliste sans revoir le patient lors d'une consultation ou d'une visite ? Sur une année (2007 dans l'étude) qu'elle est la proportion de telles prescriptions ? Ce travail de thèse s'attache donc à mettre en évidence, quantifier mais également à rechercher des facteurs pouvant influencer sur l'importance de ces actes, du côté du patient comme de celui du médecin généraliste prescripteur.

L'INSOMNIE

L'Homme passe un tiers de sa vie à dormir. Le sommeil est un besoin physiologique fondamental dont la durée moyenne quotidienne nécessaire au bon fonctionnement de l'organisme s'étend de 22 heures pour le nouveau-né à 8-9 heures pour l'adulte en bonne santé, en moyenne, car les variations interindividuelles peuvent être importantes (3).

Selon Ginestet, l'insomnie est une plainte subjective sur une difficulté à initier ou maintenir le sommeil associée à des retentissements diurnes à l'état de veille : fatigue, perte de concentration, manque de mémoire, morosité ou irritabilité, erreur dans la réalisation des tâches (5,6).

ÉPIDEMIOLOGIE

Environ 1/3 de la population générale manifeste des symptômes d'insomnie et cela toucherait la moitié des consultants de médecine générale (5). L'insomnie existe chez l'enfant ; sa prévalence augmente chez les personnes âgées et les femmes sont plus touchées que les hommes (24% contre 14%). Elle est soit occasionnelle, soit chronique ; cette dernière touche 9% de la population française avec une nette prévalence chez la femme (deux femmes pour un homme) et augmente avec l'âge (3).

Un certain nombre de facteurs de risque d'insomnie ont été identifiés : les états anxieux, le faible statut économique, le chômage, les comorbidités, l'abus de médicaments et d'alcool, le vieillissement, le sexe féminin, le célibat (3). Dans le rapport Zarifian (7) il est noté que le nombre de lignes d'une ordonnance prescrivant un hypnotique est environ deux fois plus élevé que celui d'une ordonnance d'un patient sans hypnotique.

DIFFERENTES FORMES CLINIQUES

Le diagnostic d'insomnie est porté à la suite d'un entretien approfondi selon les critères représentés dans l'encadré 1 ; la polysomnographie n'est indiquée que lorsque l'on suspecte des troubles associés à l'insomnie (troubles du sommeil liés à la respiration, ou mouvements périodiques des membres).

Encadré 1 – Critères diagnostiques généraux de l'insomnie (5)

- ▶ Le patient rapporte une ou plusieurs des plaintes suivantes :
 - difficulté à s'endormir ;
 - difficulté à rester endormi ;
 - réveil trop précoce ;
 - sommeil durablement non réparateur ou de mauvaise qualité.
- ▶ Les difficultés ci-dessus surviennent en dépit d'opportunités et de circonstances adéquates pour dormir ;
- ▶ Au moins un des symptômes diurnes suivants relatif au sommeil nocturne est rapporté par le patient :
 - fatigue, méforme ;
 - baisse d'attention, de concentration, ou de mémoire ;
 - dysfonctionnement social, professionnel ou mauvaise performance scolaire ;
 - instabilité d'humeur, irritabilité ;
 - somnolence diurne ;
 - baisse de motivation, d'énergie ou d'initiative ;
 - tendance aux erreurs, accidents au travail ou lors de la conduite automobile ;
 - maux de tête, tension mentale et/ou symptômes intestinaux en réponse au manque de sommeil ;
 - préoccupations et soucis à propos du sommeil.

Une fois le diagnostique posé, on classe les insomnies suivant leur temps d'apparition au cours de la nuit (l'insomnie d'endormissement, du milieu de la nuit ou du petit matin), suivant leur durée et leur « sévérité ».

Ainsi, la Haute Autorité de Santé distingue les insomnies d'ajustement des insomnies chroniques. Il est à noter que dans la littérature, suivant les auteurs, les insomnies chroniques sont définies par une durée minimum allant de 1 à 6 mois(3,5,6,8,9).

- ▶ **L'insomnie d'ajustement :** insomnie occasionnelle, transitoire ou de court terme pouvant durer quelques jours mais qui est toujours inférieure à 3 semaines, liée à des événements stressants, à une mauvaise hygiène de vie (excitants, toxiques, surmenage...), à l'environnement (bruit, température élevée, décalage horaire...), à

des maladies intercurrentes (3). Il est important d'éviter la chronicisation de ce type d'insomnie transitoire.

- ▶ **Les insomnies chroniques sans comorbidité (anciennement insomnies primaires) :**
 - Insomnie psychophysiologique : conditionnement mental et physiologique qui s'oppose au sommeil, indépendamment de pathologies anxieuses ou dépressives.
 - Insomnie paradoxale ou par mauvaise perception du sommeil : les enregistrements du sommeil sont normaux malgré les plaintes.
 - Insomnie idiopathique : début dans l'enfance, insomnie permanente et stable.
- ▶ **Les insomnies chroniques avec comorbidité (anciennement insomnies secondaires) :**
 - Insomnie liée à une pathologie mentale : états dépressifs, troubles bipolaires, troubles anxieux généralisés, attaques de panique, troubles compulsifs...
 - Insomnie liée à une pathologie physique : pathologies douloureuses, hyperthyroïdie, épilepsie, cardiopathie, troubles respiratoires, reflux gastro-oesophagien, neuropathies dégénératives...
- ▶ **Les insomnies chroniques liées à l'usage d'une substance ou d'un médicament perturbant le sommeil :** prise de psychostimulant (caféine, nicotine, cannabis, etc.), alcool, médicaments (cortisone, dopamine, etc.) ou même hypnotique.

La sévérité de l'insomnie s'apprécie en fonction de sa fréquence et de son retentissement, comme indiqué dans le tableau 1.

Tableau 1 – Critères de sévérité de l'insomnie (5)

Sévérité	Fréquence par semaine	Retentissement diurne
Insomnie légère	1 nuit	Faible retentissement
Insomnie modérée	2 ou 3 nuits	Fatigue, état maussade, tension, irritabilité
Insomnie sévère	4 nuits ou plus	Fatigue, état maussade, tension, irritabilité, hypersensibilité diffuse, troubles de la concentration, performances psychomotrices altérées

Les critères diagnostiques de chaque type d'insomnie figurent dans l'annexe 1 (5)

TRAITEMENTS (5)

LES TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX

En dehors du traitement d'une pathologie associée, il existe des traitements spécifiques de l'insomnie :

- ▶ Les sédatifs légers par phytothérapie en cas d'insomnie d'ajustement ;
- ▶ Les hypnotiques.

Les hypnotiques sont des médicaments dont le but est de provoquer ou de maintenir un sommeil le plus proche possible du sommeil physiologique (3). Ils sont définis comme une « substance capable d'induire ou de maintenir le sommeil avec pour corollaire une action dépressive sur le système nerveux central ou respiratoire, l'augmentation des doses pouvant se traduire par un coma » (2).

Leur choix est fonction du type d'insomnie et leur indication se limite aux insomnies d'ajustement avec une durée de prescription la plus réduite possible, ne devant dépasser, sauf exception, quatre semaines (3).

Les principaux hypnotiques (6):

- ▶ **Les hypnotiques barbituriques** progressivement retirés du marché en raison de recours toxicomaniaques. Pourtant le phénobarbital (Gardénal®) est un des composants à dose exonérée (moins de 6 centigrammes) de nombreux médicaments conseils vendus sans ordonnance (Sympathyl®, Neuropax®...).
- ▶ **Les benzodiazépines** : lormétazépam (Noctamide®), triazolam (Halcion®), flunitrazépam (Rohypnol®)...
- ▶ **Les hypnotiques apparentés aux benzodiazépines** : zopiclone (Imovane®) et zolpidem (Stilnox®, Ivadal®).
- ▶ **Les antihistaminiques** comme l'hydroxyzine (Atarax®), doxylamine (Donormyl®) et la niaprazine (Nopron®) utilisé chez l'enfant de plus de 3 ans.
- ▶ La mélatonine.
- ▶ Certains neuroleptiques à faible dose.
- ▶ **Les antidépresseurs sédatifs** (Laroxyl®, Athymil®) ont également des propriétés hypnotiques propres. Ils agissent peu sur l'endormissement mais ont une bonne action sur les réveils nocturnes et les réveils précoces. La posologie utile est faible (1 /10 des doses antidépressives) (3).

LES TRAITEMENTS NON MEDICAMENTEUX (5)

- ▶ Règles d'hygiène et régulation du cycle éveil – sommeil : il s'agit d'un ensemble de conseils visant à modifier des habitudes susceptibles d'interférer avec le sommeil.
 - Dormir selon ses besoins, pas plus ; éviter les siestes longues (>1h) ou trop tardives (après 16h) ;
 - Adopter un horaire régulier de lever et de coucher ;
 - Limiter le bruit, la lumière et une température excessive dans la chambre ;
 - Éviter la caféine, l'alcool et la nicotine ;
 - Pratiquer un exercice physique dans la journée, pas après 17h ;
 - Éviter les repas trop copieux le soir.

Ces règles peuvent parfois suffire en cas d'insomnie légère et sans comorbidité ; elles peuvent être renforcées par l'utilisation de facteurs *synchroniseurs* que sont la lumière et l'activité physique qui en favorisant l'éveil permettent de rééquilibrer le cycle éveil – sommeil notamment dans les réveils précoces ou les insomnies d'endormissement.

- ▶ Soutien psychologique.
- ▶ Thérapie cognitivo-comportementale utilisée dans les insomnies chroniques notamment sans comorbidité. Les méthodes suivantes ont fait la preuve d'une efficacité :
 - Le contrôle du stimulus : cette technique vise à renforcer un conditionnement associant la chambre à coucher et le sommeil (8). Selon Baillargeon, cette technique est l'une des plus efficaces pour le traitement des insomnies (9). Les recommandations du « contrôle par le stimulus » sont détaillées en annexe 2.
 - La restriction du temps de sommeil : produire un léger état de privation afin d'amener le patient à ressentir la somnolence au moment du coucher. Par la suite le temps passé au lit est progressivement augmenté en fonction de l'amélioration du sommeil (8).
 - La relaxation musculaire progressive et le biofeedback : deux méthodes de relaxation visant à réduire l'hypervigilance, elles peuvent être utiles dans les insomnies à composante anxieuse. Selon Baillargeon elles permettraient une diminution du délai d'endormissement de 25 à 50% (dans les insomnies d'endormissement) et des diminutions d'environ 25% de la durée des réveils nocturnes (dans les insomnies de milieu de nuit) (9).
 - L'« intention paradoxale » qui consiste, pour le sujet souffrant d'une insomnie d'endormissement, à se coucher et à lutter le plus longtemps possible contre le sommeil (8).

- La thérapie cognitivo-comportementale combinée dont l'efficacité n'a pas été démontrée supérieure à l'utilisation du contrôle du stimulus ou de la restriction de sommeil utilisés seuls.

Pour le praticien comme pour le patient, la mise en œuvre de ces techniques de traitement de l'insomnie est initialement plus exigeante que la simple prescription d'un médicament hypnotique (9). Mais leur efficacité se maintient mieux à long terme, et en définitive, leurs rapports bénéfices/risques et coûts/bénéfices sont meilleurs (8).

RECOMMANDATIONS THERAPEUTIQUES(5)

Les recommandations ci-dessous ont été publiées par l'HAS, en décembre 2006, pour aider à la prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie.

Le traitement doit comporter de façon générale :

- ▶ Un ensemble de règles élémentaires d'hygiène du sommeil ;
- ▶ Une régulation du cycle veille-sommeil avec renforcement de l'éveil diurne ;
- ▶ Un suivi programmé avec réévaluation périodique de la situation, quel que soit le traitement.

En cas d'insomnie d'ajustement :

- ▶ Dédramatiser la situation, assurer un soutien psychologique ;
- ▶ Si nécessaire, un traitement pharmacologique, par sédatif, anxiolytique, ou hypnotique, qui doit être le plus léger et le plus bref possible.

En cas d'insomnie chronique :

- ▶ Outre le traitement de la pathologie éventuellement associée,
- ▶ Le traitement préférentiel de l'insomnie en première intention est, dans la mesure du possible, une thérapie comportementale ou une psychothérapie ;
- ▶ Réserver la prescription d'hypnotique au cas de recrudescence temporaire de l'insomnie, de façon ponctuelle, après réévaluation de la situation du patient.

SPECIFICITES DU SUJET AGE

Différentes études ont montré qu'entre 23% et 33% des personnes âgées non institutionnalisées se plaignent de leur sommeil (10). En effet, le vieillissement s'accompagne de changements qualitatifs et quantitatifs du sommeil. Il se fragmente dans la journée avec des siestes (11) et le sommeil lent réparateur diminue (6), sans compter les pathologies organiques le détériorant comme les affections physiques douloureuses.

On retrouve donc chez le sujet âgé :

- ▶ des modifications physiologiques du sommeil (plus léger, plus fragmenté, plus étalé sur le nyctémère) ;
- ▶ un métabolisme moins performant ;
- ▶ une fréquence des comorbidités ;
- ▶ des conséquences diurnes de l'insomnie plus marquées (ralentissement psychomoteur).

Par conséquent les traitements pharmacologiques devront être utilisés avec prudence. Même si les consommateurs d'hypnotiques benzodiazépiniques ou apparentés ont une amélioration subjective de leur sommeil, ils ont un risque accru de chutes, de troubles de la mémoire et d'ataxie qui doit nous interroger sur le bénéfice d'un tel traitement chez le sujet âgé (12). Ces derniers (65 ans et plus) consommant des psychotropes pour dormir se plaignent deux fois plus de difficultés de concentration et trois fois plus de troubles mnésiques par rapport aux non utilisateurs (13). Malheureusement, les thérapies cognitivo-comportementales sont moins efficaces chez les sujets âgés et les patients moins adhérents. La photothérapie et l'exercice physique modéré peuvent être utiles afin de renforcer le contraste veille – sommeil.

Pour autant, il est constaté dans les différentes études que la consommation d'hypnotiques croît avec l'âge tout en étant plus fréquemment chronique. Des médecins canadiens interrogés sur leurs prescriptions prolongées de psychotropes chez le sujet âgé évoquent la crainte de perdre un patient mais aussi une manière de contrôler la consommation du sujet et de répondre à sa détresse par une méthode qu'ils considèrent plus efficace qu'une thérapie face à des troubles du sommeil anciens (14). Nous pouvons retenir que chez un patient âgé, le choix de produits à demi-vie courte et de demi-dose est préconisé, le tableau 3 résume ainsi les hypnotiques à privilégier (5).

Tableau 2 – Choix d'une benzodiazépine ou d'un apparenté dans l'indication « insomnie », chez le sujet âgé de plus de 65 ans et polypathologique, ou après 75 ans (5).

	Nom en dénomination commune internationale	Nom commercial	Demi-vie (heures)	Métabolite actif	Dose recommandée
À privilégier	Benzodiazépines à demi-vie « courte » (<20 heures)				
	Zolpidem	Stilnox	2,5	non	5 mg
	Zopiclone	Imovane	5	non	3,75 mg
	Témazépam	Normison	5 à 8	non	7,5-15 mg
	Loprazolam	Havlane	8	non	0,5 mg
	Lormétazépam	Noctamide	10	non	0,5-1 mg
À éviter	Benzodiazépines à demi-vie « longue » (≥ 20 heures)				
	Flunitrazépam	Rohypnol	16 à 35	oui	
	Nitrazépam	Mogadon	16 à 48	non	
	Clorazépate dipotassique	Noctran	30 à 150	oui	

LES HYPNOTIQUES

ÉPIDEMIOLOGIE

En France, 30% de la population souffre d'insomnie et sa fréquence augmente avec l'âge. Les médecins généralistes sont à l'origine de 80% des prescriptions d'hypnotiques dont 85 millions de boîtes ont été prescrites en 2005 (81 millions en 2001) et 2 hypnotiques sont parmi les 25 médicaments les plus prescrits : zopiclone et zolpidem (1).

Fin 2005, l'assurance maladie indiquait que 10% des Français prenaient des hypnotiques et que dans près de la moitié des cas cette prise était régulière (3) ; la France en distribue alors 2 à 3 fois plus que dans les autres pays industrialisés. Historiquement, il y a eu une forte croissance jusqu'au milieu des années 1970, puis une stabilisation générale des ventes dans les années 1980 sauf en Grande Bretagne où elles ont diminué de 50% et en France où elles ont augmenté de 12% (4). Des chiffres présentés dans le tableau 3, comparant les ventes dans différents pays industrialisés, ont été rapportés par Woods et al. (15).

Tableau 3 – Ventes annuelles de benzodiazépines en pharmacie en 1989, en nombre d'unités de base par habitant de plus de 15 ans. (Enquête IMS citée par Woods et al. (15))

Pays	Hypnotiques
France	15,1
Canada	7, 8
Italie	6,4
Espagne	5,6
Japon	3,9
USA	3,4
Allemagne	4
Grande-Bretagne	12,4
Brésil	1,4

L'étude ESEMeD, réalisée entre 2001 et 2003, compare la prévalence de la prise d'au moins un psychotrope dans l'année entre 6 pays européens. La France confirme sa première place avec une prévalence de 21% ; trois autres pays en sont assez proches (Espagne 16%, Italie 14%, Belgique 13%) et 2 se détachent (Allemagne 6% et Pays-Bas

7%) (16). Cependant, dans cette même étude, la part des français consommateurs d'anxiolytiques et d'hypnotiques semble diminuer ces dernières années avec un taux de 19% contre 25 à 30% dans les années 90(4,17). Les chiffres de l'assurance maladie sont comparables, avec en 2000 une prévalence de 24,5% pour la consommation d'au moins un psychotrope et va plus loin en donnant une prévalence de 8,8% pour les hypnotiques et de 3,7% de consommateurs chroniques (population ayant eu au moins 4 remboursements annuels d'hypnotiques) (18). Ce taux de consommation d'hypnotiques variait de 7,7% à 11,6% selon les régions, les Pays de la Loire se situant dans la moyenne avec 8,3% (Loire Atlantique : 8,5%, Vendée : 8,3%). Pour les consommateurs chroniques les chiffres régionaux variaient de 3 à 5,4%, 3,7% pour les Pays de la Loire (19).

Tableau 4 – Prévalence des consommateurs d'hypnotiques (19).

	Prévalence de la consommation d'au moins un hypnotique dans l'année	Prévalence de consommateurs chroniques*
France métropolitaine	8,8%	3,7%
Pays de la Loire	8,3%	3,7%
Loire-Atlantique	8,5%	n/d
Vendée	8,3%	n/d

* : population ayant eu au moins 4 remboursements d'hypnotiques dans l'année.

n/d : non disponible

En 2002, l'observatoire du médicament a fait une étude afin de vérifier le respect des recommandations de l'ANAES. Elle retrouve 7% des assurés au régime général de la sécurité sociale stricto sensu ayant eu au moins un remboursement de zopiclone et/ou zolpidem, en concordance avec les chiffres ci-dessus. Ce taux moyen s'élevait à 11,72% pour les plus de 64 ans. Parmi ces consommateurs, 39,6% ont eu une délivrance continue (au moins 2 délivrances sur 2 mois différents), 52,7% des plus de 64 ans (20).

La probabilité d'utilisation des hypnotiques est 2 fois supérieure chez les femmes que chez les hommes et l'usage augmente avec l'âge(16,18,21). L'assurance maladie a fait une étude en 2000, en France métropolitaine, à partir des remboursements enregistrés par la sécurité sociale, dont les chiffres confirment l'étude de Gasquet dans le tableau 5

Tableau 5 – Taux annuel de consommateurs d'hypnotiques en France Métropolitaine en 2000 selon l'âge et le sexe, régime général de l'assurance maladie (18)

Âge en années	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80 et plus
Femmes n=227 028	0,7	0,8	4,9	9,6	13,7	18	19	22,3	22,6
Hommes n=124 428	0,8	0,5	2,9	6,1	8,3	11	12,1	14,4	15,6

La consommation augmente donc avec l'âge mais elle se *chronicise* aussi. Les remboursements sont uniques dans 80% des cas chez les 0–19 ans, pour seulement 19% chez les 80 ans et plus (18).

Près de 11% des prescriptions faites par un médecin généraliste chez les plus de 15 ans comprennent au moins un anxiolytique ou hypnotique (22). Dans cette étude de 1991, 80,6% des prescriptions étaient des renouvellements, et parmi les nouveaux traités 20,6% le seront toujours à 18 mois ! Selon Ohayon, plus de 78% des 65-74 ans et plus de 80% des plus de 74 ans prennent un psychotrope depuis plus d'un an (13). Les Français ont donc tendance à consommer des hypnotiques en grande quantité et sur de longues périodes ; dans une autre étude de 2005, 23% des consommateurs en prenaient depuis plus de 6 mois (16).

D'autres caractéristiques des consommateurs d'hypnotiques ont été mises en évidence : 30,3% relèvent d'une ALD30 et 10,4% de la CMU (18) ; l'étude ESEMeD constate plus d'usagers parmi les personnes séparées, vivant seules, ayant suivi des études supérieures, vivant en milieu urbain ou sans emploi rémunéré (16,21).

CADRE LEGAL

Recommandations et références médicales pour les hypnotiques et les anxiolytiques (ANDEM) (23) :

- ▶ Les anxiolytiques et les hypnotiques doivent être prescrits dans le strict respect des conditions fixées par la commission d'AMM et figurant dans les notices Vidal des spécialités. Respect des indications, des posologies et des durées de prescription maximale : 12 semaines pour les tranquillisants, 4 semaines pour les hypnotiques (2 semaines pour le triazolam).
- ▶ Les anxiolytiques n'ont aucune action antidépressive spécifique.
- ▶ Aucun anxiolytique ne possède l'indication « troubles paniques ».
- ▶ On ne doit pas associer deux anxiolytiques ou deux hypnotiques.

- L'association d'un anxiolytique et d'un hypnotique devrait être exceptionnelle.
- Aucun traitement anxiolytique ou hypnotique de plusieurs semaines ne doit être arrêté brutalement.
- Aucune reconduction de prescription d'anxiolytique ou d'hypnotique ne doit être systématique.
- Les posologies officielles recommandées chez le sujet âgé doivent être scrupuleusement respectées et le traitement doit toujours débiter par la posologie la plus faible.

En annexe 3, l'arrêté du 7 octobre 1991 fixant la liste des substances de la liste I des substances vénéneuses à propriétés hypnotiques et/ou anxiolytiques dont la durée de prescription est réduite. Les hypnotiques ainsi concernés sont réunis dans le tableau 6.

Tableau 6 – Hypnotiques dont la durée de prescription est limitée(24)

Durée de prescription	D.C.I	Exemples de spécialités	Formes pharmaceutiques
4 semaines	Butobarbital	HYPNASMINE	Suppositoires
	Clorazépate dipotassique	NOCTRAN	Comprimés
	Estazolam	NUCTALON	Comprimés
	Loprazolam	HAVLANE	Comprimés
	Lormétazépam	NOCTAMIDE	Comprimés
	Méprobamate	MEPRONIZINE	Comprimés
	Nitrazépam	MOGADON	Comprimés
	Témazépam	NORMISON	Capsules
	Zopiclone	IMOVANE	Comprimés
	Zolpidem	STILNOX IVADAL	Comprimés
2 semaines	Triazolam	HALCION	Comprimés
	Zaléplone	SONATA ZERENE	Comprimés
2 semaines mais fractionnement sur 7 jours	Flunitrazépam	ROHYPNOL	Comprimés

PHARMACOLOGIE DE LA ZOPICLONE ET DU ZOLPIDEM

En 1987-88 sont apparues deux molécules nonbenzodiazépiniques, la zopiclone (cyclopyrolones) et le zolpidem (imidazopyridines). Pour autant ils ont une structure chimique de type BZD et sont acide gamma-amino-butyrique (GABA)-ergiques ; leur action sédative est au premier plan sans que les autres effets des BZD ne soient totalement abolis : myorelaxant, anticonvulsivant, anxiolytique, amnésiant et dépresseur respiratoire. Le GABA a pour propriété principale d'inhiber les autres systèmes monoaminergiques (noradrénergiques, dopaminergiques, sérotoninergiques), ce qui expliquerait, au moins partiellement, l'action « calmante » (sur l'anxiété, l'éveil, la respiration, la mémoire, les convulsions) de ses agonistes (2).

Rappelons donc les effets indésirables des BZD, puisqu'ils sont partiellement retrouvés avec la zopiclone et le zolpidem : somnolence diurne, asthénie physique, intellectuelle et sexuelle, possible hypotension artérielle, troubles de la mémoire antérograde et risque de dépendance psychique et physique (23).

IMIDAZOPYRIDINES (ZOLPIDEM) (2)

De demi-vie relativement brève (2 à 4 heures), le zolpidem agit comme agoniste partiel des récepteurs aux benzodiazépines. Il présente donc des effets secondaires de nature identique aux BZD mais moins fréquents, il semble notamment moins délétère sur les apnées du sommeil légères et modérées.

Chez l'insomniaque, il réduit inconstamment (en fonction des études) la latence d'endormissement, ne modifie pas significativement les stades III, IV, ni le SP et augmente le temps total de sommeil à 4 semaines ainsi que le stade II.

CYCLOPYROLONES (ZOPICLONE) (2)

La zopiclone a une demi-vie d'environ 5 heures. Elle a également une action agoniste partielle sur les récepteurs BZD, mais a montré son absence d'inconvénients dans les syndromes d'apnée du sommeil légers et modérés.

Chez l'insomniaque elle réduit la latence d'endormissement, augmente le temps total de sommeil, réduit le stade I et augmente le stade II, ne modifie pas ou augmente les stades III et IV et ne modifie pas le SP.

CONTRE-INDICATIONS(2)

- ▶ Syndrome d'apnée du sommeil ;
- ▶ Myasthénie ;
- ▶ Allergie connue ;
- ▶ Insuffisance respiratoire grave ;
- ▶ Relative pour l'insuffisance hépatique ou rénale ;
- ▶ Hypersensibilité au gluten pour la zopiclone (Imovane®).

EFFETS INDESIRABLES(2)

- ▶ Altération de la vigilance, surtout en début de traitement ;
- ▶ Modification de l'architecture du sommeil ;
- ▶ Cauchemars surtout en début de traitement, voire hallucinations en particulier hypnagogiques (6) ;
- ▶ Insomnie rebond ;
- ▶ Dépendance physique, syndrome de sevrage ;
- ▶ Dépendance, toxicomanie ;
- ▶ Tolérance ;
- ▶ Altération de la mémoire.

DEPENDANCE

Les premiers essais cliniques concernant le traitement par zolpidem au long cours rapportent un faible risque de tolérance aux effets sédatifs et une absence de rebond suite à l'arrêt brutal de l'hypnotique. De plus, ces études suggèrent que le potentiel d'abus de la molécule et le risque de dépendance sont minimes en comparaison des hypnotiques benzodiazépiniques (25). Les études plus récentes contredisent ces essais, il apparaît une diminution de l'efficacité hypnotique au bout de 4 semaines de traitement et des symptômes de sevrage lors d'utilisation prolongée (anxiété sévère, tremblements, sueurs profuses, nausées, douleurs abdominales, tachycardie et tachypnée) (26). Courtet rapporte 7 cas de patients psychiatriques dépendants au zolpidem, aucun n'a présenté d'effet sédatif aux doses usuelles de zolpidem et certains ont présenté des effets paradoxaux psychostimulants ; il apparaît une tolérance aux effets sédatifs lors d'un usage prolongé(2,26). Boulanger rapporte un autre cas de dépendance au zolpidem chez

une patiente qui prend régulièrement jusqu'à 240 mg/j sans effet sédatif ; cette consommation lui permet « de voir la vie plus belle », c'est un produit « dopant » et « son effet flash annule toute angoisse » (27). Dans la littérature, 46% des cas de patients dépendants au zolpidem sont poly-toxicomaniaques et des troubles de la personnalité de type borderline sont fréquemment retrouvés sans pouvoir être quantifiés(27). Le développement d'un phénomène de tolérance et la recherche d'effets positifs amènent certains à augmenter les doses en quelques semaines jusqu'à 800 mg/j.

Une étude anglaise de 1998 met en évidence le risque accru de dépendance physique et psychologique au zolpidem chez les patients à la personnalité dépendante. Ils ont alors tendance à augmenter d'eux mêmes les doses et à en consommer comme anxiolytique tout au long de la journée (28,29). Ce potentiel d'abus pourrait être lié à l'apparition d'effets subjectifs « positifs » survenant dans l'heure suivant la prise de zolpidem (sensation de bien-être, d'euphorie, d'anxiolyse ou d'élation) (26). Des troubles parfois graves sont retrouvés au sevrage tels que crise convulsive généralisée et bouffée délirante aiguë (27) ; les troubles les plus fréquemment retrouvés sont : anxiété sévère accompagnée de tachycardie, de tremblements, de transpiration, rebond d'insomnie (30).

Des cas de surconsommation toxicomaniaque au zopiclone ont été signalés mais beaucoup plus rarement et pour des doses inférieures au zolpidem (jusqu'à 82,5 mg versus 800 mg) (30,31). Le fait que la zopiclone soit moins rapidement absorbée et n'ait pas un effet pic marqué pourrait expliquer cette différence (2). Des « sensations désagréables » à l'arrêt brutal de la zopiclone prise à raison de seulement 7,5 mg par jour ont aussi été rapportées. Une dépendance physique à la zopiclone est possible, et le risque augmente lors d'un passé de dépendance mais des cas ont été rapportés sans antécédent particulier et dès 2 mois d'utilisation à posologie recommandée. Les symptômes de sevrage décrits étaient : anxiété, rebond d'insomnie, tremblements et diarrhées (31,32). Il est donc important de limiter la consommation à 4 semaines ; lors de la prescription, le patient doit être informé de la possible perte d'efficacité du médicament ne devant pas conduire à augmenter les doses et de symptômes de sevrage qui peuvent accompagner l'arrêt brutal du médicament (33).

En 1999, le centre collaborateur de pharmacovigilance de l'Organisation mondiale de la santé à Uppsala avait reçu près de 100 notifications de syndrome de sevrage et 19 notifications de mésusage pour la zopiclone et le zolpidem (33).

IMPACT DU COUPLE INSOMNIE – HYPNOTIQUE

► Impacts médicaux (3) :

Les hypnotiques peuvent provoquer une somnolence diurne (danger au volant), des chutes (en particulier chez le sujet âgé), des troubles de la mémoire, des difficultés de concentration, une pharmacodépendance lors d'une utilisation prolongée :

- Risque deux fois plus important de chute et de fracture du col du fémur chez le consommateur, en sachant qu'une telle fracture est associée à une mortalité moyenne de 15% la première année. Cependant, Avidan rapporte à l'insomnie le risque plus élevé de chutes sur 34 164 personnes âgées de 76 à 92 ans en maison de retraite et non à l'utilisation d'hypnotiques (34).
- Les substances psychoactives influencent le comportement des automobilistes en ralentissant les réflexes, en diminuant la vigilance voire en faussant le jugement. Chez environ 10% des accidentés de la route, on retrouve une exposition à des médicaments dangereux pour la conduite automobile, surtout hypnotiques et tranquillisants. Cependant la part prise par ces médicaments dans l'origine d'un accident est difficile à évaluer (3,35,36).
- Taux d'absentéisme au travail supérieur chez les insomniaques (37).

► Impacts économiques (3) :

Estimé à 100 milliards de dollars aux Etats-Unis en 1994, elle comprend un coût direct correspondant aux dépenses liées à l'aspect médical et un coût indirect lié aux conséquences de l'insomnie et de son traitement (accident du travail, absentéisme, baisse de productivité...)

PRESCRIPTIONS DES MEDECINS GENERALISTES ET LEURS DETERMINANTS

Le sociologue Serge Karsenty, lors de la commission présidée par Marcel Legrain, s'est interrogé sur la responsabilité des prescripteurs dans la surconsommation d'hypnotiques. Il décrit une prescription « refuge » pour le médecin généraliste face à des symptômes subjectifs. Plus le malade est « subjectif » plus la preuve de bonne volonté de son médecin se réfugie dans la prescription. La prescription « raccroche » symboliquement une pathologie fonctionnelle à une pathologie objectivable. Le médicament devient une technique diagnostique. S'il produit des effets, il prouve l'existence d'un substrat organique (38).

Certaines enquêtes ont montré que l'ordonnance des médicaments psychotropes pouvait représenter, selon les médecins, de 1 à 67% des actes (39). Dans la littérature on retrouve différentes explications :

- ▶ L'université dans laquelle le praticien a été formé lui donnant une certaine culture thérapeutique (39).
- ▶ L'âge du prescripteur : la prescription croît avec l'âge du praticien, mais ce phénomène ne doit pas être imputé à un effet de génération. L'ancienneté professionnelle exerce une influence plus grande. L'augmentation de la fréquence des prescriptions constitue une tendance relativement partagée par les praticiens après 10 ans d'exercice. L'ordonnance de médicaments psychotropes croît à mesure que la clientèle du médecin croît. Le développement de la prescription accompagne l'augmentation de l'activité mais peut-être contribue-t-elle aussi à la produire. A cela deux explications ont été avancées (40) : l'ordonnance de psychotropes ferait gagner du temps au praticien en écourtant la consultation (une longue écoute du patient serait nécessaire au diagnostic) et lui permettrait de fidéliser à minima sa clientèle, mais aussi de temporiser et ainsi constater une éventuelle amélioration à la seconde consultation. Pourtant dans une étude de la DREES de 2002, les médecins hommes de moins de 45 ans prescrivent plus que leurs aînés (41).
- ▶ La zone d'emploi dans laquelle exerce le médecin : celle-ci semble peu influencer ses prescriptions, seule la proportion de foyers ruraux jouerait un rôle selon une étude de la DREES de 2002. La probabilité de prescrire au moins un médicament serait d'autant plus faible que la part de foyers ruraux dans la population est élevée. Cette étude ne permet pas de valider empiriquement l'hypothèse selon laquelle, plus le médecin fait face à une concurrence importante (et donc plus la densité est élevée) plus il aurait tendance à prescrire de médicaments pour conserver sa clientèle (41).

- ▶ Le sexe du prescripteur : les médecins femmes de moins de 45 ans ont une probabilité plus faible de prescrire au moins un médicament que l'ensemble de leurs confrères(41).
- ▶ La région d'exercice du professionnel a aussi une influence : les probabilités de prescriptions sont élevées dans le Bassin Parisien, le Centre-Est et l'Est alors qu'elle est la plus faible dans le Nord (41).
- ▶ Le secteur d'exercice : les médecins généralistes du secteur à honoraire libre (secteur 2) prescrivent moins que leurs confrères du secteur à honoraire fixe (secteur 1) (41).
- ▶ Les médecins prescrivent davantage de médicaments à leurs patients réguliers et à ceux qu'ils reçoivent longuement ce qui va à l'encontre de l'hypothèse selon laquelle la prescription servirait de substitution au temps de consultation (41).
- ▶ Le nombre de médicaments prescrits aux hommes, aux jeunes, mais aussi aux professions intermédiaires et aux cadres est moins élevé. Par ailleurs celui des patients relevant de la CMU est plus élevé.
- ▶ La prescription de psychotropes est plus élevée chez les femmes et les personnes âgées et de manière plus durable. Cette constatation peut-être rapportée à l'attention qu'elles portent aux problèmes de santé et à leur demande de réponse thérapeutique. De plus les praticiens tendent à anticiper la déclaration d'une difficulté de la part des patientes et à considérer que les femmes échouent plus souvent à s'en sortir par elles mêmes(40). Chez le sujet âgé, cette prépondérance, peut-être expliquée par la déclaration d'une pathologie organique et l'isolement.

Ainsi, toujours dans l'étude de la DREES sur les prescriptions des médecins généralistes, les consultations pour motif psychologique sont plus longues (40% durent plus de 20 mn) et concernent une part plus importante de femmes (62% des séances contre 51%), de personnes vivant seules (30,6% contre 21,2%), au sein d'une famille monoparentale (8,4% contre 5,5%), de chômeurs (7,3% contre 3,2%) et de sujets plus âgés (41). Dans le tableau ci-dessous sont représentées les 20 classes thérapeutiques les plus prescrites en médecine générale, les hypnotiques se situent en 6^{ème} position (41).

Tableau 7 – Les 20 classes thérapeutiques les plus prescrites (en nombre de prescriptions)

Classes thérapeutiques (niveau 3 de la classification EPHMRA)	Part dans le total des prescriptions (%)
Analgésiques non narcotiques antipyrétiques	9,7%
Antirhumatismaux non stéroïdiens	3,5%
Tranquillisants	3,5%
Anticholestérol/triglycérides	3,5%
Rhinologie voie locale	3,3%
Hypnotiques et sédatifs	2,6%
Vasoprotecteurs voie générale	2,5%
Antiulcéreux	2,5%
Bêtabloquants seuls	2,4%
Expectorants	2,3%
Antihistaminiques voie générale	2,1%
Antitussifs	2,1%
Antidépresseurs	2,0%
Diurétiques	2,0%
Décongestionnants anti-infectieux pharynx	1,8%
Antidiabétiques oraux	1,7%
Pénicillines spectre large	1,7%
Médicaments de la motricité gastro-intestinale	1,5%
Baumes révulsifs antirhumatismaux	1,5%

Cette consommation importante d'hypnotiques a donc incité la France à prendre des mesures avec l'arrêté de 1991 qui limite la prescription des hypnotiques comme le zolpidem et la zopiclone à 4 semaines. Cependant, l'observatoire du médicament constatait, en 2002, que 7% des assurés au régime général de l'assurance maladie stricto sensu avaient eu au moins un remboursement de zopiclone et/ou zolpidem et que 39,6% d'entre eux avaient eu une délivrance continue (2 délivrances sur deux mois différents) (20). Qu'en est-il alors de l'application des recommandations qui voudraient qu'aucun renouvellement ne soit systématique et de ces consultations mensuelles pour des patients qui consomment un hypnotique depuis parfois de nombreuses années ? Existe-t-il, comme nous le supposons, des renouvellements faits par le médecin généraliste sans revoir le patient dans une consultation ou visite ?

OBJECTIFS

Ce travail de thèse s'attache donc, dans un premier temps, à objectiver et quantifier des prescriptions d'hypnotiques réalisées en dehors d'un acte médical de consultation ou de visite. Mais également à mettre en évidence d'éventuels déterminants, aussi bien du côté du patient que de celui du prescripteur :

- ▶ Le sexe féminin et l'âge avancé du patient, comme pour la consommation d'hypnotiques ?
- ▶ Leurs pathologies associées (ALD 30, consultation neuro-psychiatrique) les rendent-ils plus assidus aux consultations ?
- ▶ Leur couverture sociale (CMU) et donc le coût a-t-il une influence ?
- ▶ Les jeunes médecins femmes, prescrivant moins que leurs confrères d'après la littérature, font elles aussi moins de prescriptions sans acte ?
- ▶ Enfin, le lieu d'exercice urbain (et donc la concurrence) ou l'importance de la « patientèle » (et donc la charge de travail) vont-ils de pair avec une part plus importante de tels actes ?

METHODOLOGIE

Afin de mettre en évidence les prescriptions d'hypnotiques faites sans que le patient ne consulte, j'ai réalisé une étude rétrospective des remboursements de deux hypnotiques (la zopiclone et le zolpidem) en Loire-Atlantique et Vendée sur l'année 2007. Ces deux hypnotiques ont été choisis car ils représentaient à eux deux 64,15% des remboursements d'hypnotiques en 2006 (42).

CRITERES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION

CRITERES D'INCLUSION :

Les remboursements étudiés dans cette étude ont été sélectionnés en fonction des caractéristiques suivantes:

- ▶ Il s'agit des remboursements de zopiclone et/ou zolpidem, faits à un même assuré au moins 10 fois sur un minimum de 10 mois différents, entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2007 ;
- ▶ De plus, le patient remboursé, âgé de 18 ans ou plus au 1^{er} Janvier 2007, devait être bénéficiaire du régime général de la sécurité social stricto sensu, affilié aux caisses de Loire-Atlantique (441 et 442) ou de Vendée (851) ;
- ▶ Enfin, les remboursements émanaient, pour un même assuré, d'un unique médecin généraliste exerçant en Loire-Atlantique ou Vendée en 2007 ;

CRITERES D'EXCLUSION :

- ▶ les assurés des sections mutualistes ;
- ▶ les patients décédés dans l'année 2007.

RECUEIL DES DONNEES

Le régime général de l'assurance maladie des travailleurs salariés dispose dans chaque caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) d'une base de données où sont enregistrées toutes les prestations remboursées aux assurés sociaux avec, depuis 1997, l'identification précise des médicaments par un code CIP. Une requête informatique a été réalisée sur les bases de données de la CPAM des Pays de la Loire entre janvier et mars 2008.

D'après les critères d'inclusion ci-dessus, les remboursements sélectionnés ont été répartis en 3 fichiers Excel®, un par caisse (441 et 442 pour la Loire-Atlantique, 851 pour la Vendée). Pour chaque remboursement ainsi sélectionné étaient associés :

- ▶ le numéro anonyme du patient ;
- ▶ le code CIP du médicament ;
- ▶ le nom du médicament ;
- ▶ la molécule ;
- ▶ le nombre de comprimés par boîte
- ▶ la quantité de boîtes délivrées ;
- ▶ la date de la prescription correspondante;
- ▶ le numéro anonyme du prescripteur ;
- ▶ la date de délivrance ;
- ▶ le numéro anonyme de l'exécutant (pharmacie) ;
- ▶ l'existence d'une consultation ou d'une visite, chez le prescripteur, à la date de la prescription (1=où, 2=non). Dans l'étude, les « prescriptions hors consultation » ont été faites sans consultation ni visite, les deux actes n'étant pas distingués.

Un quatrième fichier Excel®, appelé table « patients », regroupait les patients de la requête précédente. A chaque ligne correspondait un patient, les différentes colonnes précisaient :

- ▶ le numéro anonyme du patient ;
- ▶ le sexe (masculin/féminin) ;
- ▶ l'âge du patient ;
- ▶ CMU (oui/non) selon qu'il bénéficiait de la couverture médicale universelle ou non au 1^{er} janvier 2007 ;
- ▶ ALD 30 (oui/non) selon qu'il souffrait d'une affection de longue durée ou non au 1^{er} janvier 2007;
- ▶ remboursement d'au moins une consultation neurologique et/ou psychiatrique en 2007 (oui/non) ;
- ▶ nombre de prescriptions (en 2007) ;
- ▶ nombre de délivrances (en 2007) ;

- ▶ s'il n'a jamais eu de consultation ou visite les jours de prescriptions, en 2007 (oui ou rien).

Le cinquième et dernier fichier Excel®, appelé table « médecins », répertoriait les médecins généralistes de l'étude en les caractérisant par :

- ▶ la caisse (441, 442 ou 851) ;
- ▶ leur numéro anonyme ;
- ▶ leur sexe (masculin ou féminin) ;
- ▶ leur âge ;
- ▶ leur lieu d'exercice (urbain, péri-urbain ou rural) à partir des critères de l'INSEE détaillés en annexe 5 ;
- ▶ le nombre de clients différents vus en 2007 par tranche de 500.

Un échantillon des fichiers Excel est donné en annexe 4.

TRAITEMENT DES DONNEES

Ces cinq fichiers ont été colligés dans une base de données MySQL (version 5.1 pour Mac OS) afin de réaliser les requêtes détaillées en annexe 6. Ces requêtes recherchent les prescriptions non associées à une consultation ou visite. Elles étudient aussi l'influence de caractéristiques du patient : sexe, âge, bénéfice de la CMU, souffrance d'une ALD 30, suivi neuro-psychiatrique ; et du prescripteur: sexe, âge, lieu d'exercice, volume de clientèle.

Les prescriptions des 3 caisses (441, 442 et 851) ont été réunies dans une seule et même table et ont été traitées de façon commune.

Les analyses statistiques ont fait appel au test du Chi-2.

La requête initiale incluait aussi des patients « bimensuels » ayant eu au moins 5 remboursements de zopiclone et/ou zolpidem, sur un minimum de 5 bimestres différents en 2007. Ces patients n'ont pas été étudiés, toutefois les résultats bruts sont présentés en annexe 7.

RESULTATS

LES PATIENTS

Il s'agit des assurés ayant eu au moins 10 délivrances de zopiclone et/ou zolpidem sur au moins 10 mois différents en 2007, appelés consommateurs chroniques.

L'étude en a retrouvé 5 669, ils ont bénéficié de 68 694 remboursements de zopiclone et/ou zolpidem en 2007 correspondant à 67 256 prescriptions. Le tableau 8 et la figure 1 les répartissent en fonction de leur âge et de leur sexe.

Tableau 8 – Caractéristiques des patients ayant eu au moins 10 délivrances en 2007 sur 10 mois différents

Age (années)	18-44	45-54	55-64	65-74	>=75	Total
Nombre total de patients / (pourcentage du total)	342 (6%)	654 (11,5%)	1002 (17,5%)	1170 (20,5%)	2501 (44%)	5669 (100%)
Hommes / (pourcentage dans la tranche d'âge)	138 (40%)	254 (39%)	360 (36%)	413 (35%)	597 (24%)	1762 (31%)
Femmes / (pourcentage dans la tranche d'âge)	204 (60%)	400 (61%)	642 (64%)	757 (65%)	1904 (76%)	3907 (69%)

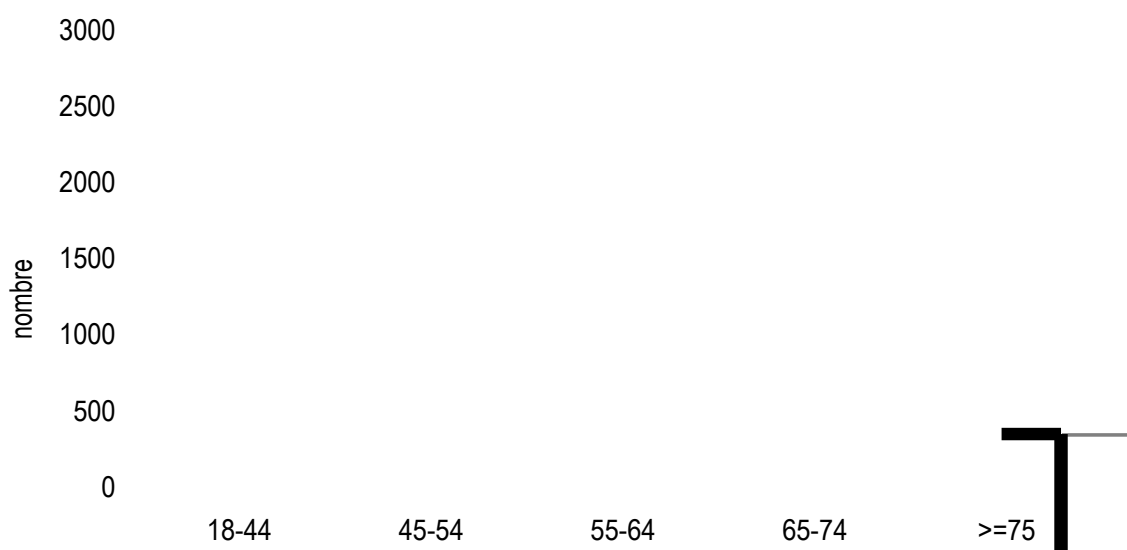


Figure 1 – Répartition des patients chroniques selon le sexe et l'âge

On constate que ces consommateurs chroniques sont très majoritairement des femmes (69%) et que la consommation régulière augmente avec l'âge, très nettement après 75 ans. Ils sont environ 65% à avoir plus de 64 ans et 44% plus de 74 ans.

FREQUENTATION ANNUELLE D'UN PATIENT CHRONIQUE

Les patients ayant eu 10 prescriptions de zopiclone et/ou zolpidem en 2007 auraient dû consulter pour cela 10 fois leur médecin généraliste. Dans le tableau 9, cet échantillon de patients (1046 personnes) est réparti en fonction du nombre réel de consultations ou visites associées à leurs renouvellements. Il répartit donc les patients en fonction de leur fréquentation annuelle en consultation.

Tableau 9 – Répartition des patients chroniques ayant eu 10 prescriptions de zopiclone et/ou zolpidem en 2007 en fonction du nombre de consultations ou visites les jours de prescription.

Nombre de consultations ou visites pour 10 prescriptions	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de patients, N=1046 n/N (%)	30 (2,8%)	27 (2,6%)	28 (2,7%)	59 (5,6%)	110 (10,5%)	119 (11,4%)	113 (10,8%)	82 (7,8%)	113 (10,8%)	186 (17,8%)	179 (17,1%)
Hommes, N=330 n/N (%)	13 (3,9%)	6 (1,8%)	8 (2,4%)	22 (6,6%)	33 (10%)	42 (12,7%)	29 (8,8%)	32 (9,7%)	27 (8,2%)	61 (18,5%)	57 (17,3%)
Femmes, N=716 n/N (%)	17 (2,4%)	21 (2,9%)	20 (2,8%)	37 (5,2%)	77 (10,7%)	77 (10,7%)	84 (11,7%)	50 (7%)	86 (12%)	125 (17,4%)	122 (17%)
Nombre de prescriptions sans consultation ou visite	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0

Ce tableau met en évidence que les prescriptions d'hypnotiques ne sont pas toutes faites dans le cadre d'une consultation (ou visite), confirmant notre hypothèse de départ. Sur une année, ces ordonnances ne semblent pas anecdotiques : 17,1% des patients (179) sont effectivement allés en consultation à chaque date de prescription soit 10 fois sur 10 ; et 2,8% (30) aucune fois. 24,26% (254) ont eu plus de 5 prescriptions sans consultation ou visite sur les 10 de 2007 soit plus d'une fois sur deux.

Dans la figure 2, les patients sont répartis en fonction du nombre réel de leurs consultations, bien qu'ils aient tous eu 10 prescriptions.

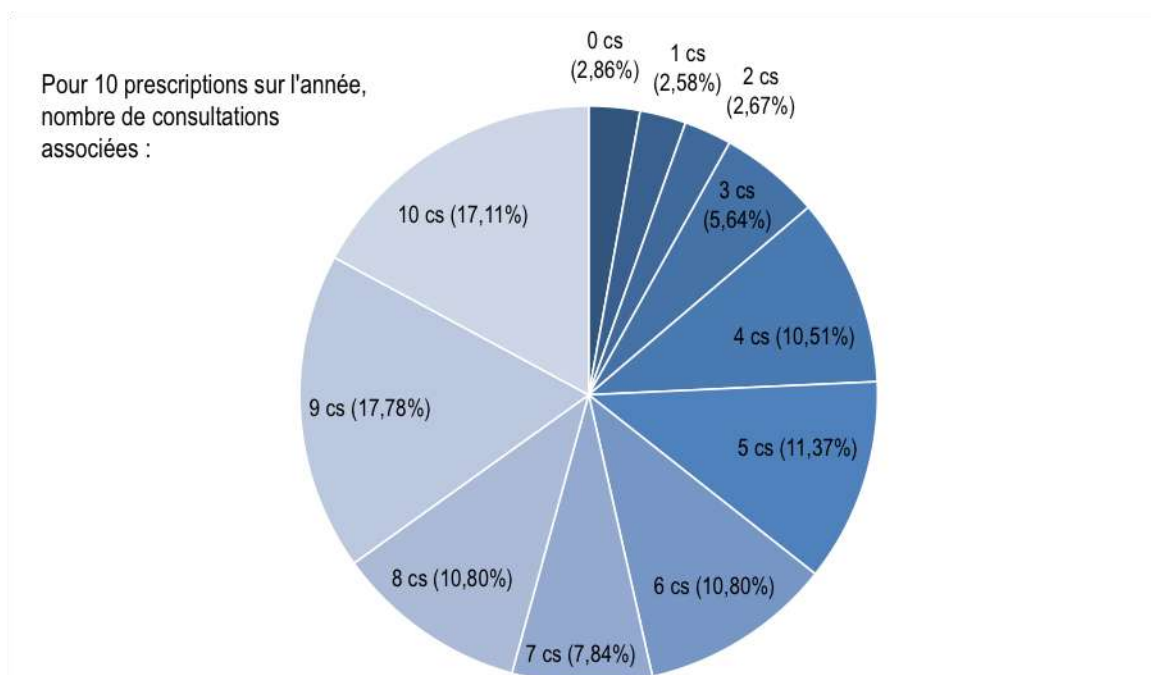


Figure 2 – Répartition des patients, ayant eu 10 prescriptions, en fonction de leur nombre de consultations identifiées les jours de prescriptions

On remarque que les prescriptions hors consultation ne sont pas rares, près de 83% des patients ci-dessus y ont eu recours dans l'année. Moins d'un cinquième (17,11%) sera allé en consultation pour chacune de ses prescriptions, un quart moins d'une fois sur deux.

Dans la figure 3, on compare les résultats ci-dessus en fonction du sexe du patient.

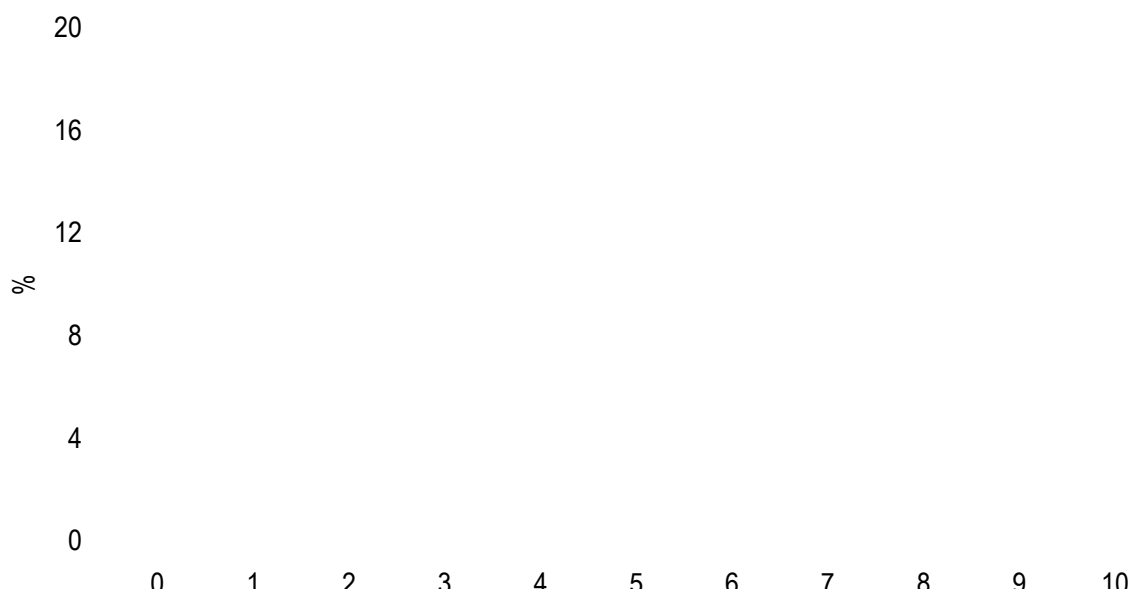


Figure 3 – Proportion de consultations en fonction du sexe, chez les patients à 10 prescriptions

Cette répartition en fonction du nombre de consultations ou visites est la même pour les femmes que les hommes.

En étudiant de la même manière les patients qui ont eu de 11 à 15 prescriptions de zopiclone et/ou zolpidem en 2007, les résultats ont été similaires. Le taux de patients n'ayant jamais eu de consultation ou visite pour leurs prescriptions varie de 0,8 à 2,8% et ceux qui ont été revus à chaque fois de 12,6 à 20%. Les chiffres pour les hommes et les femmes sont toujours équivalents.

Dans cette étude, les patients ayant eu le plus de prescriptions hors consultation en 2007 se retrouvent parmi les 4 plus gros consommateurs représentés dans le tableau 10.

Tableau 10 – Analyse des quatre plus gros consommateurs

	Patient n°1	Patient n°2	Patient n°3	Patient n°4
Nombre de prescriptions	28	28	28	28
Nombre de consultations	0	2	26	28
Sexe	Féminin	Masculin	Féminin	Masculin

Ces quatre plus gros consommateurs ont eu 28 prescriptions de zopiclone et/ou zolpidem en 2007, émanant du même prescripteur. Deux d'entre eux étaient vu en consultation environ tous les 15 jours et deux quasiment jamais. Il peut s'agir pour les deux derniers d'ordonnances falsifiées et non pas d'une attitude délibérée du prescripteur.

La suite de l'étude quantifie les prescriptions hors consultation et examine les éventuels déterminants.

ÂGE DES PATIENTS ET PRESCRIPTIONS HORS CONSULTATION

L'âge des 5 669 patients chroniques est-il un facteur de risque de prescription sans réévaluation clinique ? Le tableau 11 répartit leurs 67 256 prescriptions par tranches d'âge et la figure 4 compare les résultats à la moyenne de prescriptions hors consultation.

Tableau 11 – Pourcentage de prescriptions hors consultations chez les patients chroniques répartis par tranches d'âge

Âge des patients chroniques	18-44 ans n = 342	45-54 ans n = 654	55-64 ans n = 1 002	65-74 ans n = 1 170	>=75 ans n = 2 501	Tous âges confondus N = 5 669
Total des prescriptions	4247	7 849	11 885	13 789	29 486	67 256
Prescriptions avec consultation	2 786	4 969	7 363	9 062	19 969	44 149
Prescriptions hors consultation	1 461	2 880	4 522	4 727	9 517	23 107
% de prescriptions hors consultation	34,4%	36,7%	38%	34,3%	32,3%	34,4%
% d'ALD 30	33,5%	42%	50%	60%	69,5%	59%

n=nombre de patients

%

40

38

36

34

32

30

Figure 4– Pourcentage de prescriptions hors consultation par tranche d'âge des patients chroniques, en comparaison à la moyenne

Nous retrouvons 23 107 prescriptions hors consultation sur les 67 256.

En moyenne, tous âges confondus, 34,4% des prescriptions annuelles sont faites sans consultation ou visite. On constate une croissance régulière de ces renouvellements jusqu'à 64 ans avec un maximum de 38% pour les patients de 55 à 64 ans ; ensuite s'amorce une décroissance nette pour atteindre un minimum de 32,3% chez les 75 ans et plus. Parallèlement à ce taux qui diminue chez les personnes âgées, la proportion d'ALD 30 augmente.

SEXE DES PATIENTS ET PRESCRIPTIONS HORS CONSULTATION

Nous avons vu que les deux sexes ne sont pas égaux face à la consommation d'hypnotiques, avec une nette prédominance féminine. Le recours à leur prescription sans être consulté varie peut-être également suivant le sexe. Le tableau 12 répartit les prescriptions en fonction du sexe des patients.

Tableau 12 – Pourcentage de prescriptions hors consultation selon le sexe des patients

Âge	Femmes n = 3907	Hommes n = 1762	Ensemble des patients N =5 669	p
Total des prescriptions	46 275	20 981	67 256	0,4293
Prescriptions avec consultation	30 422	13 727	44 149	
Prescriptions hors consultation	15 853	7 254	23 107	
% de prescriptions hors consultation	34,2%	34,6%	34,4%	

Il n'existe pas de différence significative entre le pourcentage de prescriptions hors consultation des femmes et des hommes ($p=0,4293$).

INFLUENCE DE LA CMU, D'UNE ALD 30 ET D'UN SUIVI NEURO-PSYCHIATRIQUE

Revenir toutes les 4 semaines en consultation représente un coût pour le patient ; la couverture sociale pourrait donc influencer sur le comportement du patient ou du prescripteur. Par l'intermédiaire de la CMU nous avons essayé de voir si cela avait un impact. Le tableau 13 compare donc les prescriptions des patients bénéficiaires de la CMU à celles des autres patients.

Tableau 13 – Pourcentage de prescriptions hors consultation chez les bénéficiaires de la CMU

	Tous les patients chroniques	Patients ne bénéficiant pas de la CMU	Patients bénéficiaires de la CMU	p
Nombre de patients	5669	5474	195	< 0,0001
Total des prescriptions	67256	64823	2433	
Prescriptions avec consultations	44149	42379	1770	
Prescriptions hors consultation	23107	22444	663	
Pourcentage de prescriptions hors consultation	34,4%	34,6%	27,2%	

Les patients bénéficiaires de la CMU auront eu proportionnellement nettement moins de prescriptions non associées à une consultation ou visite que les autres patients (27,2% contre 34,6%).

Dans un autre registre, les pathologies associées à l'insomnie et notamment une affection de longue durée pourraient augmenter la fréquence des consultations. En effet, la consultation peut ne pas être motivée uniquement par l'insomnie mais s'associer au suivi régulier d'une autre pathologie. Ainsi, le tableau 14 compare les prescriptions d'hypnotiques des patients porteurs d'une affection de longue durée à celles des patients non porteurs.

Tableau 14 – Pourcentage de prescriptions hors consultation chez les bénéficiaires d'une ALD 30

	Total des patients chroniques	Patients sans ALD 30	Patients porteurs d'une ALD 30	p
Nombre de patients	5669	2334	3335	< 0,0001
Total des prescriptions	67256	27746	39510	
Prescriptions avec consultations	44149	16941	27208	
Prescriptions hors consultation	23107	10805	12302	
Pourcentage de prescriptions hors consultation	34,4%	38,9%	31,1%	

On constate que les patients souffrant d'une ALD 30 ont eu moins de renouvellements sans être « vus » que les autres (31,1% contre 38,9%), et cette différence est statistiquement significative.

En étudiant les pathologies associées, nous avons différencié des autres les malades ayant eu un suivi neurologique et/ou psychiatrique. Le tableau 15 compare les patients ayant eu au moins une consultation spécialisée en neurologie et/ou psychiatrie à ceux n'en ayant jamais eu, en 2007.

Tableau 15 – Pourcentage de prescriptions hors consultation chez les patients ayant eu au moins une consultation chez un neurologue ou un psychiatre, en 2007

	Total des patients chroniques	Patients n'ayant eu aucune consultation neuro/psychiatrique	Patients ayant eu au moins une consultation neuro/psychiatrique	p
Nombre de patients	5669	5471	198	< 0,0001
Total des prescriptions	67256	64878	2378	
Prescriptions avec consultation	44149	42436	1713	
Prescriptions hors consultation	23107	22442	665	
Pourcentage de prescriptions hors consultation	34,4%	34,6%	28,0%	

Ici encore, la différence est statistiquement significative entre les deux populations. Les patients avec un suivi neuro-psychiatrique en 2007 seront allés plus régulièrement en consultation, pour leur renouvellement d'hypnotique, que les autres (28% de prescriptions sans acte contre 34,6%).

LES PRESCRIPTEURS

Les prescripteurs des patients chroniques sont au nombre de 1200 médecins généralistes de Loire-Atlantique et Vendée. Le tableau 16 les répartit par tranche d'âge et donne le taux de prescriptions hors consultation ou visite pour chaque tranche.

Tableau 16 –Description des prescriptions d'hypnotiques en fonction de l'âge des prescripteurs

Âge des médecins	Total N=1200	28-34 ans n=25	35-44 ans n=228	45-54 ans n=517	≥ 55 ans n=430
Total des prescriptions	67 256	847	10 904	29 341	26 164
Prescriptions avec consultation	44 149	545	6 760	19 187	17 657
Prescriptions hors consultation	23 107	302	4 144	10 154	8 507
Pourcentage de prescriptions hors consultation	34,4%	35,7%	38,0%	34,6%	32,5%

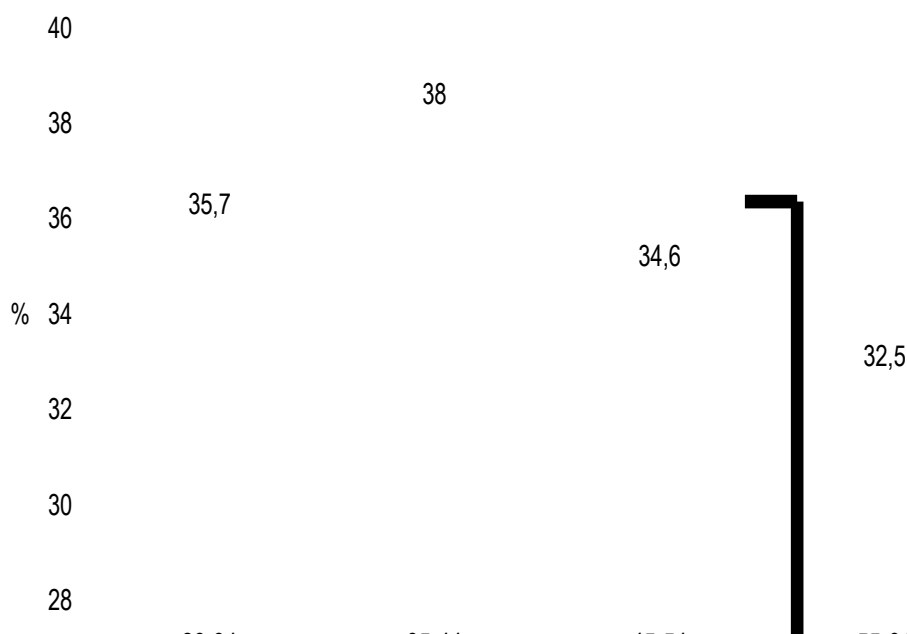


Figure 5 – Pourcentage de prescriptions hors consultation des omnipraticiens répartis par tranche d'âge

Dans cette étude, ce sont les omnipraticiens de 35-44 ans qui ont fait le plus de renouvellements sans revoir le patient « chronique », soit 4 144 prescriptions (38%) ; en deuxième on retrouve les 28-34 ans. La tranche d'âge supérieure des omnipraticiens (de 55 ans et plus) en a fait le moins avec un taux de 32,5%. L'écart le plus important est observé entre les 35-44 ans et les 55-64 ans ($p < 0,0001$).

Les tableaux 17 et 18, poursuivent cette étude tout en distinguant les sexes des médecins généralistes.

Tableau 17– Taux de prescriptions faites hors consultation par les médecins généralistes femmes des patients chroniques

Âge des médecins	Total N=256	28-34 ans n=13	35-44 ans n=87	45-54 ans n=116	≥ 55 ans n=40
Total de prescriptions	10 793	316	3 457	5 496	1 524
Prescriptions associées à une consultation	6 497	193	1 952	3 314	1 038
Prescriptions hors consultation	4 296	123	1 505	2 182	486
% de prescriptions hors consultation	39,8%	38,9%	43,5%	39,7%	31,9%

Tableau 18 –Taux de prescriptions faites hors consultation par les médecins généralistes hommes des patients chroniques

Âge des médecins	Total N=944	28-34 ans n=12	35-44 ans n=141	45-54 ans n=401	≥ 55 ans n=390
Total des prescriptions	56 463	531	7 447	23 845	24 640
Prescriptions associées à une consultation	37 652	352	4 808	15 873	16 619
Prescriptions hors consultation	18 811	179	2 639	7 972	8021
% de prescriptions hors consultation	33,3%	33,7%	35,4%	33,4%	32,5%

Les deux sexes confondus, le taux de prescription hors consultation était de 34% ; les femmes médecins généralistes (tous âges confondus) ont un taux de 39,8% et les hommes de 33,3% (différence statistiquement significative, $p < 0,0001$). Et ce sont les

médecins femmes du groupe 35 à 44 ans qui revoient le moins ces patients chroniques lors des renouvellements avec 43% des prescriptions sans acte associé.

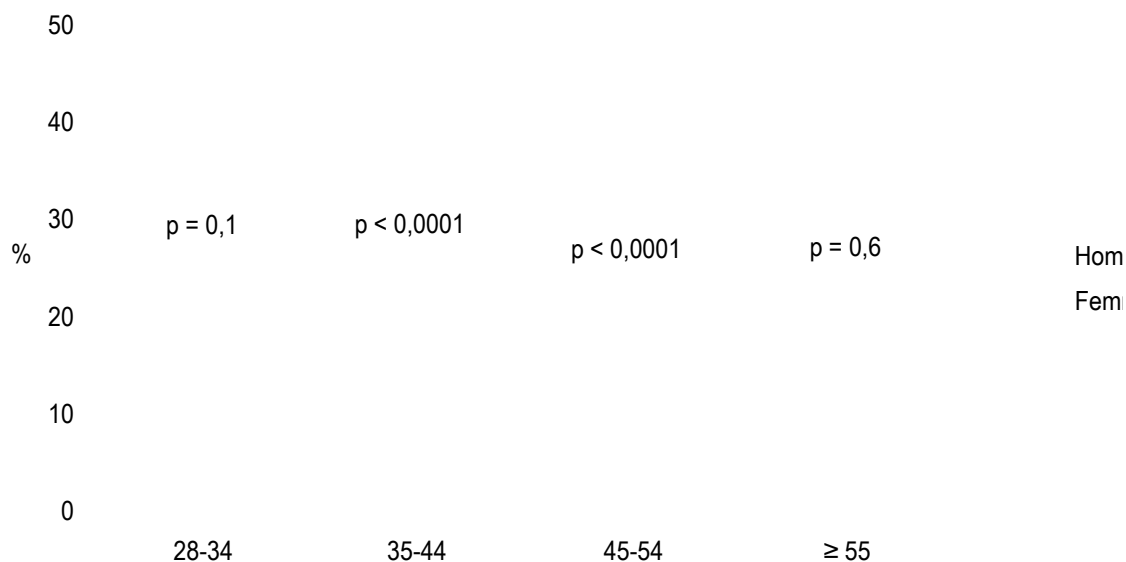


Figure 6 – Taux de prescriptions hors consultation lors des renouvellements d'hypnotiques, par les médecins généralistes en fonction de leur sexe

Le tableau 19 compare les prescriptions des médecins généralistes femmes de moins de 45 ans à l'ensemble de leurs confrères qu'ils soient masculins ou féminins.

Tableau 19 – Comparaison des prescriptions des médecins généralistes femmes, âgées de moins de 45 ans, à celles de leurs confrères

	Femmes <45 ans N=100	Autres confrères (hommes et femmes) N=1100	p
Total des prescriptions	3 773	63 483	<0,0001
Prescriptions associées à une consultation	2 145	42 004	
Prescriptions hors consultation	1 628	21 479	
% de prescriptions hors consultation	43,1%	33,8%	

INFLUENCE DU LIEU D'EXERCICE DU PRESCRIPTEUR

Les médecins généralistes des zones urbaines, péri-urbaines ou rurales ont-ils les mêmes habitudes de prescriptions ? Leur lieu d'exercice a-t-il des répercussions ? Dans le tableau 20 les médecins et le volume de leurs prescriptions de zopiclone et/ou zolpidem ont été répartis suivant les lieux d'exercice.

Tableau 20 – Taux de prescriptions hors consultation des médecins généralistes des patients chroniques, en fonction de leur lieu d'exercice

Zone d'exercice des médecins prescripteurs	Total N=1200	Urbain n=635	Péri-urbain n=224	Rurale n=341
Total des prescriptions	67 256	37 012	11 944	18 300
Moyenne de prescriptions par médecin (prescriptions/nombre de médecins)	56	58,3	53,3	53,7
Prescriptions avec consultation	44 149	24 543	7 939	11 667
Prescriptions hors consultation	23 107	12 469	4 005	6 633
Pourcentage de prescriptions hors consultation	34,4%	33,7%	33,5%	36,2%

Le médecin généraliste exerçant en zone rurale a fait plus de renouvellements sans avoir consulté son patient (36,2%) que ses confrères urbains et péri-urbains (33,7% et 33,5%). Mais ce sont les médecins urbains qui, en moyenne, ont fait le plus de prescriptions d'hypnotiques à ces patients chroniques (58,3 par médecin en 2007).

INFLUENCE DE LA CHARGE DE TRAVAIL DU PRESCRIPTEUR

Une des hypothèses de départ étaient que plus la charge de travail du prescripteur était grande, moins il disposait de temps pour réévaluer mensuellement un patient quotidiennement sous hypnotique.

Le tableau 21 donne le taux de prescriptions hors acte des médecins généralistes répartis en fonction du volume de leur clientèle.

Tableau 21 – Taux de prescriptions hors consultation des médecins généralistes, en fonction de leur clientèle de l'année 2007

Clientèle	Total N=1200	0 à 500 patients n=34	501 à 1 000 patients n=295	1 001 à 1 500 patients n=507	1 501 à 2 000 patients n=277	2 001 à 2 500 patients n=66	Plus de 2 500 patients n=21
Total des prescriptions	67 256	1 006	13 324	28 570	18 079	4 127	2 150
Prescriptions avec consultation	44 149	699	9 625	18 864	11 208	2 533	1 220
Prescriptions hors consultation	23 107	307	3 699	9 706	6 871	1 594	930
Pourcentage de prescriptions hors consultation	34,4%	30,5%	27,8%	34,0%	38,0%	38,6%	43,3%

On constate que le volume de prescriptions d'hypnotiques hors consultation ou visite croît avec la « clientèle » du médecin généraliste. Le plus grand écart se trouve entre les médecins ayant de 501 à 1 000 patients et ceux ayant plus de 2 500 patients (respectivement 27,8% de prescriptions hors consultation et 43,3%, $p < 0,0001$). La figure 8 met en évidence cette croissance qui atteint donc un maximum de 43,3% des prescriptions faites aux patients chroniques.

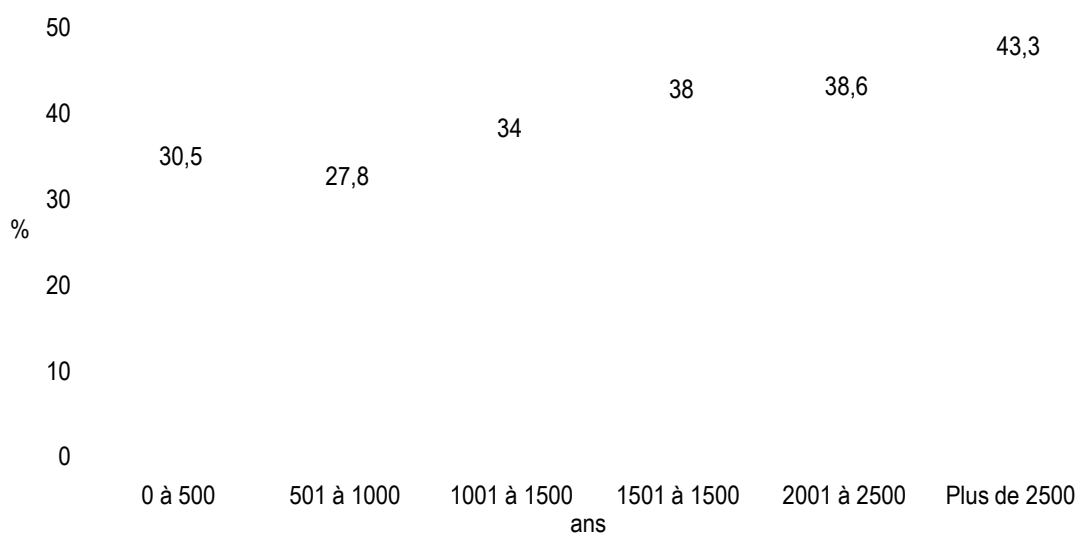


Figure 7 – Pourcentage de prescriptions hors consultation en fonction de l'activité des prescripteurs

À noter que sur l'ensemble des 1200 médecins de l'étude, 5% d'entre eux (60 médecins) ont systématiquement coté une consultation ou visite associée à leurs prescriptions d'hypnotiques.

Tous ces résultats étudient les patients qui, consommant quotidiennement de la zopiclone ou du zolpidem, nécessitent un renouvellement mensuel (toutes les 4 semaines). En annexe 7, nous avons regardé les prescriptions des patients, consommateurs quotidiens, qui n'ont un renouvellement que tous les deux mois.

DISCUSSION

DISCUSSION DES RESULTATS

CONSOMMATEURS CHRONIQUES DE ZOPICLONE ET/OU ZOLPIDEM

Il ressort de notre étude que les consommateurs chroniques de zopiclone et/ou zolpidem sont majoritairement des femmes (69%) et des personnes âgées (44% ont 75 et plus). Ces résultats sont en accord avec les chiffres de l'assurance maladie qui retrouvait, en 2000, une consommation d'hypnotiques majoritairement féminine (2 fois plus de femmes que d'hommes) qui augmentait avec l'âge tout en se chronicisant (après 80 ans seulement 19% des remboursements étaient uniques).

PRESCRIPTIONS HORS CONSULTATION DE ZOPICLONE ET/OU ZOLPIDEM

L'étude aura mis en évidence que 34,4% des prescriptions d'hypnotiques, dont ont bénéficié les consommateurs chroniques en 2007, ont été faites en dehors d'une consultation ou d'une visite. Ces actes ne sont donc pas des actes isolés en Loire-Atlantique et Vendée : 80% des patients nécessitant un renouvellement toutes les 4 semaines ont au moins une prescription par an sans être consulté et un quart va en consultation moins d'une fois sur deux pour son renouvellement.

L'annexe 7, laisse entrevoir l'étendue du problème : certains consommateurs continus d'hypnotiques bénéficient de prescriptions régulières tous les deux mois (patients « bimensuels »). Ces patients ayant probablement une posologie quotidienne plus faible peuvent utiliser en deux mois une prescription limitée à un mois. Ils consultent donc déjà deux fois moins que le voudrait les recommandations et l'étude retrouve encore 23,7% de leurs prescriptions bimensuelles non associées à une consultation.

PATIENTS ET DETERMINANTS DE LA PRESCRIPTION

- L'âge : les prescriptions hors consultation sont plus fréquentes chez les 45-64 ans que chez leurs aînés ; après 65 ans elles diminuent parallèlement à l'âge du patient qui augmente. L'écart le plus important est observé entre les 55-64 ans et les plus de 74 ans (respectivement 38% et 32,3%, $p < 0,0001$). Les personnes âgées, souvent porteuses de comorbidités, ont sur une année d'autres motifs de consultations régulières que leur seule insomnie. Le renouvellement d'hypnotiques est donc très probablement inclus dans le suivi d'une autre pathologie ; la croissance des affections de longue durée parallèlement à la baisse des prescriptions hors consultation, chez le patient de plus de 64 ans, semble renforcer cette hypothèse. A l'inverse, un patient d'âge moyen, dont le seul traitement régulier est celui de l'insomnie, peut ne pas voir la nécessité d'une consultation mensuelle dans laquelle, justement, son traitement pourrait, de plus, être rediscuté.
- Le sexe : dans nos résultats, il n'existe pas de différence significative entre les femmes et les hommes. Le sexe du patient ne semble donc pas avoir d'influence sur la fréquence des prescriptions hors consultation d'hypnotiques.
- La couverture sociale : on constate dans notre étude que les patients chroniques bénéficiant de la CMU ont beaucoup moins de prescriptions hors consultation que les autres assurés (27,2% contre 34,6%). Il en ressort, que le coût représenté par une consultation ou une visite toutes les 4 semaines est un frein au respect des recommandations. Cette réticence peut venir du patient comme du médecin qui hésiterait à faire régler un nouvel acte. Cette hésitation serait moins présente face à un patient couvert par la CMU. Dans la littérature, en 2001, la CNAM constatait que la consommation de soins de ville des patients bénéficiant de la CMU était d'un tiers supérieur à celle des autres patients (43) ; cela s'accorde avec nos résultats où les bénéficiaires de la CMU consultent plus souvent pour renouveler leur hypnotique.
- Les pathologies associées : les patients porteurs d'une ALD 30 ont eux aussi moins de prescriptions hors consultation que les « non ALD 30 » (31,1% contre 38,9%). Ceci semble confirmer l'hypothèse selon laquelle, une affection nécessitant un suivi médical régulier (comme une ALD 30) diminue les prescriptions d'hypnotiques hors consultation. En effet, le renouvellement du traitement de l'insomnie est associé à celui d'une autre pathologie au cours de la consultation.
- Le suivi spécialisé : les patients ayant eu au moins une consultation neurologique et/ou psychiatrique sont plus assidus aux consultations (28% de prescriptions hors consultation contre 34,6% pour ceux sans suivi spécialisé). Ces malades semblent nécessiter une réévaluation plus fréquente qu'implique leur pathologie ou les éventuels traitements associés. Il peut aussi s'agir de patients plus désireux d'apporter une solution médicale à leur problème et donc demandeurs de consultations.

MEDECINS GENERALISTES ET DETERMINANTS DE LA PRESCRIPTION

- L'âge : de notre étude ressort que la courbe des prescriptions sans consultation ne suit pas celle de l'âge des omnipraticiens contrairement à l'hypothèse de départ. Au contraire, ce sont les médecins généralistes les plus jeunes qui y ont le plus recourt et ce jusqu'aux 35-44 ans avec le taux le plus élevé (38%). Ensuite, le taux baisse pour atteindre un minimum de 32,5% chez les 55 ans et plus. Selon Lemoigne, la prescription de psychotropes croît avec l'âge du médecin généraliste et ce, afin de fidéliser une clientèle et de gagner du temps. Les prescriptions hors consultation d'hypnotiques auraient pu suivre la même croissance et ainsi renforcer son hypothèse. Cependant, ce sont les praticiens les plus jeunes qui en font le plus. On peut à notre tour penser, qu'au contraire, ce sont ces médecins récemment installés qui ont le plus besoin de fidéliser une clientèle naissante en répondant à leur demande de renouvellements sans consultation.
- Le sexe : les résultats indiquent que les médecins femmes prescrivent plus souvent un hypnotique sans voir leur patient que les médecins hommes (39,8% contre 33,3%, $p < 0,0001$). Dans la littérature, il est décrit que les médecins femmes de moins de 45 ans ont une probabilité plus faible de prescrire au moins un médicament que l'ensemble de leurs confrères(41). Pour autant, elles réévaluent moins leurs patients chroniquement sous hypnotiques (43,1% de prescriptions hors consultation contre 33,8% pour tous leurs confrères). Si cette étude ne permet pas de comprendre pourquoi, on peut se demander si les femmes médecins généralistes, et notamment les jeunes, n'ont pas davantage de difficultés à s'opposer à un patient insistant pour obtenir une ordonnance sans être vu.
- Le lieu d'exercice : d'après nos résultats, celui-ci a une influence statistiquement significative. Les médecins exerçant en zone rurale font plus de prescriptions d'hypnotiques hors consultation que leurs confrères : 36,2% contre 33,7% pour les urbains ($p < 0,0001$) et 36,2% contre 33,5% pour les péri-urbains ($p < 0,0001$). L'hypothèse de Lemoigne, selon laquelle les médecins urbains prescriraient plus pour faire face à la concurrence est confirmée (58,3 prescriptions d'hypnotique par médecin urbain), mais ne s'étend pas aux prescriptions d'hypnotiques hors consultation qui pourraient pourtant fidéliser une clientèle demandeuse. Par contre, on peut supposer que des médecins soumis à une plus forte densité médicale (urbains et péri-urbains) sont plus désireux de revoir leurs patients régulièrement dans un but purement économique. A l'inverse, les médecins ruraux souvent isolés sont peut-être moins « attachés » à ces consultations de renouvellement, voire prennent les devants de leurs patients pour leur proposer des prescriptions sans revenir.

- La clientèle : en classant les médecins généralistes en fonction du volume de leur patientèle, on obtient des résultats intéressants et statistiquement significatifs. Plus la clientèle croît, plus les prescriptions d'hypnotiques hors consultation croissent. Les praticiens ayant plus de 2 500 patients font 43,3% des prescriptions de zopiclone et/ou zolpidem sans revoir leurs patients chroniques, soit près d'une sur deux ; alors que ce pourcentage est de 30,5% pour les médecins avec les plus petites clientèles. La surcharge de travail semble donc inciter le médecin à faire des prescriptions sans voir son patient. Cela lui permettrait de gagner du temps.
- Pour 60 prescripteurs (5% des médecins généralistes de l'étude) une consultation ou visite a été retrouvée à chacune de leurs prescriptions de zopiclone et/ou zolpidem. Ces médecins auraient donc, comme le veut la loi, réévalué cliniquement leurs patients chroniques tous les mois (sauf si un acte est coté uniquement pour l'ordonnance).

CRITIQUE DE LA METHODE

Notre méthode entraîne un certain nombre de biais, ainsi :

- Les comprimés remboursés ne sont pas obligatoirement les comprimés consommés ;
- L'étude ne met pas en évidence tous les patients chroniques : certains sont suivis par des spécialistes, font du nomadisme médical, prennent les comprimés du conjoint.
- L'étude ne prenant pas en compte le nomadisme médical, elle peut artificiellement diminuer le nombre de prescriptions annuelles d'un patient. En effet, tous les remboursements étudiés d'un patient ont été prescrits par un même médecin généraliste; si le malade voit en parallèle un autre prescripteur, ces autres remboursements n'apparaîtront pas.
- Les actes gratuits n'apparaissant pas à la sécurité sociale, ils auront été considérés comme « nuls » dans notre étude.
- Nous n'étudions ici que les remboursements des deux hypnotiques les plus prescrits. Les patients consommateurs d'un autre hypnotique, concerné par l'arrêté de 1991, ou ceux ayant changé d'hypnotique en cours d'année ne sont pas inclus.
- Enfin, il existe des ordonnances falsifiées comme nous le laisse supposer certains chiffres de l'étude. Ainsi 4 patients ont eu 28 prescriptions en 2007, deux d'entre eux consultant respectivement zéro et deux fois le prescripteur. En 2003, un recueil des ordonnances suspectes d'être falsifiées, volées ou fabriquées de toutes pièces a été effectué en France. Le flunitrazépam (Rohypnol) est toujours le plus concerné mais dans la quasi-totalité des régions, le zolpidem figure parmi les cinq médicaments les plus souvent retrouvés (44).

CONCLUSION

Notre étude, en mettant en évidence des prescriptions d'hypnotiques faites sans être consulté, souligne la difficulté et la complexité de la prise en charge de l'insomnie. Bien que les médecins et les patients respectent l'obligation légale de limiter les prescriptions à 4 semaines, un grand nombre de ces ordonnances ne s'inscrivent pas dans une consultation. Les patients d'âge moyen sont ceux qui ont le plus recours à ces pratiques. Alors que les femmes soient deux fois plus nombreuses que les hommes parmi les consommateurs chroniques, le sexe n'est pas un déterminant des prescriptions hors consultation. Pour les médecins on retrouve des facteurs de risque à ce type de pratique : le sexe féminin, le jeune âge, l'installation en milieu rural et une clientèle importante.

Face aux consommateurs chroniques d'hypnotiques, depuis éventuellement des années, les recommandations sont de sevrer ces patients. L'HAS a donc publié en octobre 2007 des recommandations professionnelles sur les « modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé »(45). Il y est expliqué que le sevrage d'un patient chronique devra être très progressif et donc s'étaler sur plusieurs mois avec un soutien en consultation toutes les 2 à 4 semaines. Au contraire, notre étude montre que patients et médecins éludent la question du sevrage en pratiquant des renouvellements hors consultation. Il est légitime de s'interroger sur les raisons d'un tel écart entre les recommandations et la réalité des pratiques. Manque de temps médical, résignation des médecins face à la difficulté et à l'absence de demande de sevrage du patient, ou manque de formation aux thérapies non médicamenteuses comme les thérapies cognitivo-comportementales qui ont pourtant montré une efficacité.

ANNEXE 1 –Critères diagnostiques de chaque type d'insomnie selon les recommandations de l'HAS (5)

I. CARACTÉRISER LA PLAINTÉ DU PATIENT			
SON TYPE	La plainte concerne le sommeil	Difficulté à s'endormir Réveil en cours de nuit Réveil matinal trop précoce	Difficulté d'initiation Difficulté de maintien du sommeil
SON ANCIENNETÉ	La plainte concerne le réveil ou la journée, alors qu'il pense avoir bien dormi	Fatigue Sensation de tension Somnolence	Sommeil non réparateur
		Moins de 1 mois Plus de 1 mois : nb. de mois ou années l _ _ l	Insomnie d'ajustement ? Insomnie chronique ?
	SA SÉVÉRITÉ	Fréquence : nombre de mauvaises nuits par semaine	Insomnie légère Insomnie modérée Insomnie sévère
		2 ou 3 4 ou plus	
LES TRAITEMENTS POUR DORMIR ÉVENTUELLEMENT UTILISÉS	Retentissement diurne après les mauvaises nuits	Aucun retentissement	Pas de véritable insomnie
		Fatigue, état maussade, tension, irritabilité	Insomnie légère, modérée ou sévère
		Somnolence	Autre trouble du sommeil (cf. page suivante)
		Nature, fréquence et durée d'utilisation des produits Traitements anciens ou en cours	
ÉVALUER LE TEMPS PASSÉ AU LIT ET LE TEMPS DE SOMMEIL	Agenda du sommeil sur 1 ou 2 semaines	Horaires du coucher et du lever (temps A, passé au lit) Estimation du temps de sommeil nécessaire (temps B) : $\geq 9 h = \text{gros dormeur}$ $6 \text{ à } 9 h = \text{moyen dormeur}$ $< 6 h = \text{court dormeur}$	$A > B = \text{trop de temps passé au lit}$ $B > A = \text{temps de sommeil insuffisant}$
			Pas d'insomnie vraie

SFTG - HAS (Service des recommandations professionnelles et service évaluation médico-économique et santé publique). Décembre 2006

ANNEXE 2 – Les recommandations du « contrôle par le stimulus » pour traiter les insomnies (9)

1. Se coucher seulement lorsque l'on est fatigué(e) et prêt(e) à dormir.
2. Une heure avant le coucher, cesser toutes les activités exigeantes sur le plan physique et intellectuel.
3. Utiliser son lit seulement pour dormir : ne pas lire, ne pas regarder la télévision, ne pas manger et ne pas « se tracasser » dans son lit. L'activité sexuelle est la seule exception à la règle.
4. Si l'on se sent incapable de s'endormir après 20 mn, se lever et aller dans une autre pièce. Rester levé(e) aussi longtemps qu'on le désire et retourner ensuite dans sa chambre pour y dormir.
5. Régler le réveil-matin et se lever à la même heure tous les jours ; peu importe la durée de sommeil de la nuit précédente. Cela aide à acquérir un rythme de sommeil constant.
6. Ne pas faire de sieste pendant la journée.

ANNEXE 3 – Arrêté du 7 octobre 1991 fixant la liste des substances de la liste I des substances vénéneuses à propriétés hypnotique et/ou anxiolytique dont la durée de prescription est réduite (46).

Le ministre délégué de la santé,

Vu le code de la santé publique, notamment les articles L. 626, et R. 5208 ;

Vu l'avis émis par la commission mentionnée à l'article R. 5140 du code de la santé publique ;

Vu l'avis émis par la commission des stupéfiants et des psychotropes mentionnée à l'article R. 5182 du code de la santé publique ;

Vu l'avis du conseil national de l'ordre des médecins ;

Vu l'avis du conseil national de l'ordre des pharmaciens,

Arrête :

Art. 1er. - Ne peuvent être prescrits pour une durée supérieure à quatre semaines les médicaments :

- contenant les substances à propriétés hypnotiques, ainsi que leurs sels lorsqu'ils peuvent exister, inscrites sur la liste I des substances vénéneuses à des doses et à des concentrations non exonérées et figurant à la première partie de l'annexe du présent arrêté ;

- et dont l'indication thérapeutique figurant sur l'autorisation de mise sur le marché est "insomnie".

Art. 2. - Ne peuvent être prescrits pour une durée supérieure à douze semaines les médicaments contenant les substances à propriétés anxiolytiques, ainsi que leurs sels lorsqu'ils peuvent exister, inscrites sur la liste I des substances vénéneuses à des doses et à des concentrations non exonérées figurant à la deuxième partie de l'annexe du présent arrêté.

Art. 3. - Lorsqu'un médicament contient une ou plusieurs substances visées simultanément à la première et à la deuxième partie de l'annexe du présent arrêté, il est soumis au régime de prescription visé à l'article 1er du présent arrêté s'il a l'indication "insomnie" sur son autorisation de mise sur le marché.

Art. 4. - Le directeur de la pharmacie et du médicament est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal Officiel de la République française.

fait à Paris, le 7 octobre 1991.

Annexe 4 – Échantillons des fichiers Excel

Exemple de « lignes » du fichier des prescripteurs

Caisse prescripteur	N° anonyme prescripteur	sexe	Age	Zonage	classe clientèle
851	1420	Masculin	39	Rurale	3 - de 1 001 à 1 500 patients
441	667	Masculin	42	Péri-urbain	3 - de 1 001 à 1 500 patients
851	1049	Masculin	58	Rurale	3 - de 1 001 à 1 500 patients
441	788	Féminin	45	Urbain	3 - de 1 001 à 1 500 patients
851	1033	Masculin	55	Rurale	3 - de 1 001 à 1 500 patients
441	804	Féminin	38	Péri-urbain	3 - de 1 001 à 1 500 patients

Exemple de « lignes » du fichier des patients

N° anonyme patient	Sexe	Age	Notion de CMU	Notion d'ALD 30	Cs psy ou neuro-psy	Nombre prescriptions	Nombre délivrances	C et V même jour que prescriptions d'hypnotique
2	Masculin	97	non	oui	non	13	13	
4	Masculin	96	non	oui	non	13	13	
6	Masculin	96	non	oui	non	11	11	
14	Féminin	93	non	oui	non	11	11	
16	Masculin	94	non	oui	non	12	12	
19	Masculin	94	non	oui	non	11	11	

Exemple de « lignes » du fichier des prescriptions

N° anonyme patient	code CIP	Nom court médicament	Molécule	Unité	Quantité	Date prescription	N° anonyme prescripteur	Date délivrance	N° anonyme exécutant	C et V même jour que prescriptions d'hypnotique
14	3674934	ZOLPIDEM WTR 10MG CPR	ZOLPIDEM	14	2	2007-02-23	259	2007-02-24	197	1
14	3674934	ZOLPIDEM WTR 10MG CPR	ZOLPIDEM	14	2	2007-03-24	259	2007-03-24	197	2
14	3674934	ZOLPIDEM WTR 10MG CPR	ZOLPIDEM	14	2	2007-04-25	259	2007-04-26	197	1
14	3674934	ZOLPIDEM WTR 10MG CPR	ZOLPIDEM	14	2	2007-05-23	259	2007-05-23	197	2
14	3674934	ZOLPIDEM WTR 10MG CPR	ZOLPIDEM	14	2	2007-06-20	259	2007-06-21	197	1
14	3674934	ZOLPIDEM WTR 10MG CPR	ZOLPIDEM	14	2	2007-07-19	259	2007-07-19	197	2
14	3674934	ZOLPIDEM WTR 10MG CPR	ZOLPIDEM	14	2	2007-08-08	259	2007-08-09	197	1
14	3674934	ZOLPIDEM WTR 10MG CPR	ZOLPIDEM	14	2	2007-09-11	259	2007-09-11	197	2
14	3674934	ZOLPIDEM WTR 10MG CPR	ZOLPIDEM	14	2	2007-10-12	259	2007-10-12	197	1
14	3674934	ZOLPIDEM WTR 10MG CPR	ZOLPIDEM	14	2	2007-11-07	259	2007-11-08	197	1
14	3674934	ZOLPIDEM WTR 10MG CPR	ZOLPIDEM	14	2	2007-12-07	259	2007-12-08	197	1

ANNEXE 5 – Zonage (47,48)

Les communes d'exercice des médecins généralistes de l'étude ont été classées selon la nomenclature de l'INSEE:

- ▶ Pôle urbain : unité urbaine offrant au moins 5000 employés et qui n'est pas située dans la couronne périurbaine d'un autre pôle urbain.
- ▶ Couronne périurbaine : ensemble des communes de l'aire urbaine à l'exclusion de son pôle urbain, elle comprend la commune monopolisée dont 40% de la population au moins travaille dans un centre urbain et la commune multipolarisée dont 40% de la population au moins travaille dans plusieurs centres urbains.
- ▶ Espace rural : ensemble des petites unités urbaines et communes rurales n'appartenant pas à l'espace à dominante urbaine (pôle urbain, couronne périurbaine et commune multipolarisée).

ANNEXE 6 – Tables MySQL – requêtes informatiques

DEFINITION DES TABLES MySQL

Table ***medecins***

```
`caisse` int(11) default NULL,  
  `id_medecin` int(11) NOT NULL default '0',  
  `sexe` text,  
  `age` int(11) default NULL,  
  `zone` text,  
  `clientele` text,  
PRIMARY KEY  (`id_medecin`)
```

Table ***patients***

```
`numero_pat` int(11) NOT NULL default '0',  
  `sexe` text character set latin1,  
  `age` int(11) default NULL,  
  `CMU` text character set latin1,  
  `ALD` text character set latin1,  
  `cs_psy_neuro` text character set latin1,  
  `nb_presc` int(11) default NULL,  
  `nb_deliv` int(11) default NULL,  
  `pas_de_C_ou_V` text character set latin1,  
PRIMARY KEY  USING BTREE (`numero_pat`)
```

Table ***prescriptions***

```
`numero_pat` int(11) default '0',  
  `CIP` int(11) default '0',  
  `medicament` text,  
  `molecule` text,  
  `unite` int(11) default NULL,  
  `quantite` int(11) default '0',  
  `date_prescr` date default '0000-00-00',  
  `id_prescr` int(11) default NULL,  
  `date_deliv` date default '0000-00-00',  
  `num_executant` int(11) default NULL,  
  `C_ou_V_assoc` text,  
  `caisse` int(11) default NULL,  
  `unique_id` int(11) NOT NULL auto_increment,  
PRIMARY KEY  (`unique_id`)
```

PRINCIPALES REQUETES UTILISEES

REQUÊTE 1 : Sélectionne les patients ≥ 10 délivrances et consolide par patient le nombre de consultations, de prescriptions, le nombre de comprimés délivrés et le nombre de délivrances. Export des données vers Excel pour effectuer les sommes de consultations/prescriptions pour l'ensemble de la population prise en compte.

```
SELECT numero_pat, sum(nb_comprimes) as comprimes, sum(c_pr) as nb_prescriptions,
sum(nb_c) as nb_consult, sum(nb_d) as nb_delivrances FROM
    (SELECT numero_pat, sum(unite*quantite) as nb_comprimes, count(DISTINCT
date_prescr) as c_pr, sum(nb_del) as nb_d, count(C_ou_V_assoc) as nb_c from
        (select numero_pat, unite, quantite, date_prescr, count(date_deliv)
as nb_del, C_ou_V_assoc from prescriptions
            where numero_pat in (SELECT numero_pat FROM these.patients
WHERE nb_deliv >= 10 AND autre_critère)
        GROUP BY numero_pat, date_prescr) as tmp_tbl_1
    GROUP BY numero_pat, date_prescr) as tmp_tbl_2
GROUP BY numero_pat
```

autre_critère : remplacé par les critères secondaires pour la sélection des sous groupes (femmes/hommes, tranche d'âge, etc...).

REQUÊTE 2 : Sélectionne les médecins ayant fait des prescriptions aux patients chroniques. Consolide les résultats avec pour chaque médecin le nombre de prescriptions et de consultations. Export des données vers Excel pour effectuer le total pour l'ensemble de la population médicale considérée (requêtes secondaires effectuées sur la table obtenue (*prescr_stud*) pour effectuer la sélection de sous-groupes de médecins)

```
CREATE TABLE prescr_stud SELECT prescripteur, nb_prescriptions, nb_consultations,
sexe, age, zone, clientele, caisse FROM
    (SELECT id_prescr as prescripteur, SUM(dp) as nb_prescriptions, SUM(cv) as
nb_consultations FROM
        (SELECT numero_pat, id_prescr, COUNT(DISTINCT date_prescr) as dp,
COUNT(DISTINCT C_ou_V_assoc) as cv FROM
            (SELECT * FROM prescriptions WHERE numero_pat IN
                (SELECT numero_pat FROM these.patients WHERE nb_deliv >=
10)) AS tmp_tbl1
        group by numero_pat, date_prescr) as tmp
    group by id_prescr) as tmp2
INNER JOIN medecins ON prescripteur = id_medecin
```

Sélection des sous-groupes de médecins (ou **critère_secondaire** était remplacé par le critère recherché) :

```
SELECT * FROM prescr_stud WHERE critère_secondaire
```

ANNEXE 7 –Les patients « bimensuels »

Le tableau ci-dessous regroupe les patients consommateurs quotidiens d'hypnotiques ne nécessitant un renouvellement que tous les 2 mois.

Pourcentage de prescriptions hors consultation des patients "bimensuels", en Loire Atlantique et Vendée, en 2007

	Patients « bimensuels » N2= 7571
Total des prescriptions	51 273
Prescriptions avec consultation	39 139
Prescriptions hors consultation	12 134
Pourcentage de prescriptions hors consultation	23,7%

Nous en retrouvons 7571. Ces patients, bien que consommateurs quotidiens d'hypnotiques, ont une prescription tous les 2 mois. Par ailleurs ils ont eu aussi des prescriptions sans consulter, 23,7% d'entre elles.

BIBLIOGRAPHIE

1. Touitou Y, Ambroise-Thomas P. Troubles du sommeil et hypnotiques : un vrai problème de santé publique. *Annales pharmaceutiques françaises*. 2007;65:228-229.
2. Lemoine P. Hypnotiques. *EMC, psychiatrie*. 2002;37-860-B-60:1-11.
3. Touitou Y. Troubles du sommeil et hypnotiques : Impacts médicaux et socio-économiques. *Annales pharmaceutiques françaises*. 2007;65:230-238.
4. Pélioso A et al. Epidémiologie de la consommation des anxiolytiques et des hypnotiques en France et dans le monde. *L'Encéphale*. 1996;22:187-196.
5. Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale. *Recommandation pour la pratique clinique HAS*. Décembre 2006.
6. Ginestet D. Guide du bon usage des psychotropes. 1997. *Psychiatrie pratique de "l'Encéphale"*.
7. Zarifian E. Mission générale concernant la prescription et l'utilisation de médicaments psychotropes en France. *Ministère du travail et des Affaires sociales*. 1996
8. Insomnie. Les traitements cognitifs et comportementaux, Alternatives aux médicaments. *Rev Prescrire*. 1998;181:133-135.
9. Baillargeon L. Traitements cognitifs et comportementaux de l'insomnie. *Can Fam Phys*. 1997;43:290-296.
10. Morgan K et al. Characteristics of subjective insomnia among the elderly living at home. *Age Ageing*. 1988;17:1-7.
11. Miles LE, Dement WC. Sleep complaints of elderly men and women. *Sleep*. 1980;3:121-129.
12. Glass J et al. Sedative hypnotics in older people with insomnia: meta-analysis of risks and benefits. *BMJ (Clinical research ed)*. 2005;331:1169.
13. Ohayon M, Caulet M, Lemoine P. Sujets âgés, habitudes de sommeil et consommation de psychotropes dans la population française. *L'Encéphale*. 1996;22:337-350.
14. Damestoy N, Collin J, Lalande R. Prescribing psychotropic medication for elderly patients: some physicians' perspectives. *CMAJ*. 1999;161:143-145.
15. Woods JH, Katz JL, Winger G. Benzodiazepines: use, abuse, and consequences. *Pharmacol Rev*. 1992;44:150-347.
16. Gasquet I et al. Usage des psychotropes et troubles psychiatriques en France: résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000/(ESEMeD) en population générale. *L'Encéphale*. 2005;31:195-206.
17. Guignon N, Morniche P, Sermet C. La consommation régulière de psychotropes. *Rapport INSEE n° 310*. 1994

18. Lecadet J et al. Médicaments psychotropes: consommation et pratiques de prescription en France métropolitaine. I. Données nationales, 2000. *Revue Médicale de l'Assurance Maladie*. 2003;34:75-84.
19. Lecadet J et al. Médicaments psychotropes: consommation et pratique de prescription en France métropolitaine. II. Données et comparaisons régionales, 2000. *Revue Médicale de l'Assurance Maladie*. 2003;34:233-248.
20. Prescription des hypnotiques zolpidem et zopiclone en Rhône-Alpes. *URCAM Rhône-Alpes-Observatoire du Médicament*. 2003
21. M Baumann FAFE. Psychotropes et dépendances. profil des consommateurs et trajectoires de leurs comportements. *Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies*. 2001
22. Leblanc B. Prescription des anxiolytiques et des hypnotiques en médecine générale. Evaluation à 2 et 18 mois des premières prescriptions. *Rev du praticien-Médecine générale*. 1996;10:13-21.
23. Rouillon F. Anxiolytiques: principes et règles d'utilisation. *La Revue du praticien*. 1996;46:487-490.
24. AFSSAPS. Durée maximale de prescription des médicaments. 2002. Disponible sur : <http://www.agmed.sante.gouv.fr/htm/10/pharma/phabyp.htm> [consulté le : 10/12/2007].
25. Langtry HD, Benfield P. Zolpidem, a review of its pharmacodynamic and pharmacokinetic properties and therapeutic potential. *Drugs*. 1990;40:291-313.
26. Courtet P et al. Abus et dépendance au zolpidem: à propos de sept cas. *L'Encéphale*. 1999;25:652-657.
27. Boulanger-Rostowsky L et al. Dépendance au zolpidem: à propos de deux cas. *L'Encéphale*. 2004;30:153-155.
28. Jones IR, Sullivan G. Physical dependence on zopiclone: case reports. *BMJ*. 1998;316:117.
29. Sikdar S. Physical dependence on zopiclone. Prescribing this drug to addicts may give rise to iatrogenic drug misuse. *BMJ (Clinical research ed)*. 1998;317:146.
30. Prescrire R. Dépendance aux hypnotiques : zolpidem et zopiclone aussi. *Rev Prescrire*. 2000;20:675-676.
31. Leterme L, Singlan YS. Prescription et utilisation d'un hypnotique, la zopiclone : enquête de pratique dans le Finistère-Sud. *Revue Médicale de l'Assurance Maladie*. 2001;32:11-17.
32. Team ME. Dependence with zopiclone. 2008. Disponible sur : <http://www.medsafe.govt.nz> [consulté le : 30/07/2008].
33. Zolpidem and zopiclone: dependence. *WHO Drug Inf*. 1999;13:92.
34. Avidan AY et al. Insomnia and Hypnotic use, recorded in the minimum data set, as predictors of falls and hip fractures in Michigan nursing homes. *J Am Geriatr Soc*. 2005;53:955-962.

35. Thomas RE. Benzodiazepine use and motor vehicle accidents. Systematic review of reported association. *Can Fam Physician*. 1998;44:799-808.
36. Menzin J LKM, Levy P, levy E. A general model of the effects of sleep medications on the risk and cost of motor vehicle accidents and its application to France. *Pharmacoeconomics*. 2001;19:69-78.
37. Godet-Cayre V et al. Insomnia and absenteeism at work. Who pays the cost? *Sleep*. 2006;29:179-184.
38. Karsenty S. Remarques socio-économiques sur la consommation française de médicaments hypnotiques et tranquillisants. *Rev Prescrire*. 1991;110:459-459.
39. Tamblyn RM et al. Caractéristiques des médecins prescrivant des psychotropes davantage aux femmes qu'aux hommes. *Santé mentale au Québec*. 22:239-262.
40. Lemoigne P. La Prescription des médicaments psychotropes: une médecine de l'inaptitude? *Médecine et hygiène/Déviance et société*. 2003;3:285-296.
41. Les prescriptions des médecins généralistes et leurs déterminants. *DRESS Etudes et Résultats*. 2005;440:12 pages.
42. CNAM. MEDIC'AM 2002-2006. Médicaments remboursés au cours des années 2002 à 2006 (Régime Général - Hors Sections Locales Mutualistes - Métropole). Disponible sur : <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/medic-am-generic-am-biolam-lpp-am/medic-am-2002-2007-edition-avril-2008.php> [consulté le : 3 décembre 2007].
43. Des tendances de fond aux mouvements de court terme. Caisse Nationale d'Assurance Maladie Direction des statistiques et des études. Point de conjoncture 2002. 2002;4-5:1-24.
44. Abus de médicaments : ordonnances falsifiées. *Rev Prescrire*. 2004;246:628.
45. Modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé. *Recommandations HAS*. Octobre 2007
46. Arrêté du 7 octobre 1991 fixant la liste des substances de la liste 1 des substances vénéneuses à propriété hypnotique et/ou anxiolytique dont la durée de prescription est réduite. JO du 21 novembre 1991. *Journal Officiel*.
47. INSEE. Définitions. Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/nom_def_met/definitions/html/accueil.htm [consulté le : 27 mars 2008].
48. Follin J. L'espace rural est peu représenté en Haute-Normandie. *AVAL Lettres statistique et économique de Haute-Normandie*. 2003;26

NOM : SAMBRON – DI PRIZIO

PRÉNOM : ANNE-CATHERINE

**LA PRESCRIPTION D'HYPNOTIQUES PAR LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE
EN DEHORS D'UNE CONSULTATION : étude rétrospective à partir des
données de remboursement des CPAM de Loire Atlantique et de Vendée.**

RÉSUMÉ

Depuis 1991, la prescription des hypnotiques est légalement limitée à 4 semaines afin d'en diminuer la consommation, notamment régulière. Pourtant, 23 % des consommateurs d'hypnotiques en prennent depuis plus de six mois. Il existe donc toute une population de patients, quotidiennement sous hypnotique, qui nécessite un renouvellement mensuel. Il est probable qu'un certain nombre de ces prescriptions soient faites sans que le médecin prescripteur n'ait été consulté.

J'ai réalisé une étude rétrospective portant sur les remboursements de zopiclone et zolpidem enregistrés par l'assurance maladie, en Loire Atlantique et Vendée, en 2007. Il apparaît que 34,4% des prescriptions d'hypnotiques des consommateurs chroniques ne sont pas faites dans le cadre d'une consultation ou visite comme le voudraient les recommandations et la loi.

Le sevrage des patients sous hypnotique depuis éventuellement des années et le traitement de l'insomnie par des méthodes non médicamenteuses semblent donc difficiles à mettre en place. Il pourrait s'agir d'un manque de formation ou d'un fatalisme du professionnel de santé.

MOTS-CLÉS

Prescription(s), consultation(s), visite(s), renouvellement(s), ordonnance(s).

Insomnie, hypnotique(s), zopiclone, zolpidem.

Consommateur(s) chronique(s).

Médecin(s) généraliste(s), prescripteur(s).

Dépendance, sevrage.